

UNIVERSIDADE DE BRASILIA
FACULDADE DE MEDICINA
PORGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL

LUCIANA FARIAS DE MIRANDA

**O SEGUIMENTO DE DOADORES DE SANGUE COM SOROLOGIA POSITIVA
PARA SÍFILIS NA REDE-SUS DO DISTRITO FEDERAL**

BRASILIA

2015

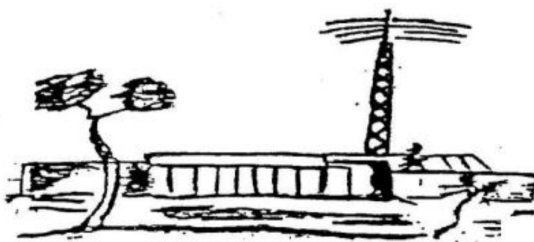
O SEGUIMENTO DE DOADORES DE SANGUE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA SÍFILIS NA REDE-SUS DO DISTRITO FEDERAL

LUCIANA FARIAS DE MIRANDA

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Medicina
Tropical da Universidade de Brasília, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Medicina Tropical.

Área de concentração: Epidemiologia e
Controle das Doenças Infecciosas e
Parasitárias.

Orientador: Professor Doutor Vitor Laerte
Pinto Júnior



BRASILIA

2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FOS81s Farias de Miranda, Luciana
O Seguimento de Doadores de Sangue com Sorologia
Positiva para Sífilis na Rede SUS do Distrito Federal
/ Luciana Farias de Miranda; orientador Vitor
Laerte Pinto Junior. -- Brasília, 2015.
95 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Medicina
Tropical) -- Universidade de Brasília, 2015.

1. Sífilis Adquirida. 2. Vigilância em Saúde. 3.
Hemoterapia. 4. Saúde Pública. 5. Doador de Sangue.
I. Laerte Pinto Junior, Vitor , orient. II. Título.

DATA DA DEFESA E APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

03 de julho de 2015

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor VITOR LAERTE PINTO JUNIOR (Presidente)

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Professora Doutora MARIA LIZ CUNHA DE OLIVEIRA (membro)

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS

Professor Doutor WILDO NAVEGANTES DE ARAÚJO (membro)

Universidade de Brasília – UnB

Professor Doutor CLEUDSON NERY DE CASTRO (suplente)

Universidade de Brasília – UnB

DEDICATÓRIA

Aos usuários dos serviços de saúde pública do país, na esperança de que este estudo possa contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada pelo SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter guiado e aberto os caminhos e me fortalecido para chegar até aqui;

Ao professor Dr. Vitor Laerte Pinto Junior pela orientação, confiança, apoio, perseverança, paciência. Enfim, por todo auxílio e por não desistir de mim.

À Universidade de Brasília e ao Núcleo de Medicina Tropical, aos professores, aos colegas, aos secretários, pela oportunidade de crescimento intelectual, de qualificação, pelo suporte e apoio;

Às amigas da Fundação Hemocentro de Brasília por todo apoio, compreensão, orações e pensamento positivo. Beth, sem palavras para lhe agradecer. Sem a ajuda de vocês teria sido muito mais difícil;

Ao meu esposo, meu grande companheiro, apoiador e incentivador. Obrigada pelo contínuo incentivo, compreensão e por acreditar tanto.

Aos amigos Roberto, Priscila e Zênia, palavras são poucas para agradecer o incentivo, apoio, auxílio, parceria. Amigos mais chegados que irmãos.

A todos os amigos e familiares que me apoiaram e aos quais deixei de me dedicar para concluir este projeto.

E a todos aqueles que porventura não foram mencionados, mas que contribuíram em todas as etapas do meu trabalho.

EPÍGRAFE

"O endeusamento das técnicas produz um formalismo árido ou respostas estereotipadas. Seu desprezo, ao contrário, leva ao empirismo sempre ilusório em suas conclusões, ou a especulações abstratas e estéreis. Nada substitui, no entanto, a criatividade do pesquisador."

Maria Cecília de Souza Minayo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - ESQUEMA DE TRATAMENTO DA SÍFILIS	32
Quadro 2 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS DOADORES INVESTIGADOS	45
Quadro 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS 19 DOADORES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA POR LOCAL DE RESIDÊNCIA	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - TREPONEMA PALLIDUM PENETRANDO A PELE DO CONTACTANTE21

Figura 2 - MAPA DO DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS DA RIDE/DF35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -DISTRIBUIÇÃO DOS DOADORES COM PRIMEIRA AMOSTRA POSITIVA PARA SÍFILIS POR LOCAL DE RESIDÊNCIA	48
Gráfico 2 - RESULTADO DA INVESTIGAÇÃO CLINICO-SOROLÓGICA PARA SÍFILIS DOS DOADORES	50
Gráfico 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS 19 DOADORES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA POR QUANTIDADE DE DOAÇÕES DE SANGUE	52
Gráfico 4 -INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO AOS 19 DOADORES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA	52
Gráfico 5 -DESFECHO DOS CASOS DOS 19 DOADORES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA	53

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

Sinan – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

FHB – Fundação Hemocentro de Brasília

HC – Hemocentro Coordenador

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESDF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

UnB – Universidade de Brasília

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	17
1.1 – Epidemiologia	17
1.2 - Histórico	18
1.3 – Agente Etiológico.....	22
1.4 – Vias de Transmissão e Manifestações Clínicas	24
1.5 – Diagnóstico	29
1.6 – Tratamento	35
1.7 – Convocação e Tratamento das Parcerias Sexuais	36
1.8 – Prevenção e Controle	37
1.9 – A RIDE/DF	37
2- JUSTIFICATIVA	39
3- OBJETIVOS	41
3.1 – Objetivo Geral	41
3.2 – Objetivos Específicos.....	41
4- MÉTODOS E TÉCNICAS	42
4.1 – Delineamento do Estudo	42
4.2 – População do Estudo	42
4.3 – Critérios de Inclusão e Exclusão	43
4.4 – Instituição Participante	43
4.5 - Procedimentos	44
4.6 – Coleta de Dados.....	46
4.7 – Análise de Dados	47
4.8 – Aspectos Éticos.....	47
5- RESULTADOS	49
6- DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
7- CONCLUSÕES.....	70
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
9- APÊNDICE.....	80
9.1 – Formulário de Levantamento dos Dados	80
10- ANEXOS	81
10.1 – Parecer Consubstanciado do CEP	81
10.2 – Artigo	85

RESUMO

MIRANDA, L.F.M. O Seguimento de Doadores de Sangue com Sorologia Positiva para Sífilis na Rede-SUS do Distrito Federal. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

Introdução: a sífilis é uma doença infecciosa crônica, sexualmente transmissível, globalmente distribuída e que, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais. A Fundação Hemocentro de Brasília (FHB) depara-se diariamente com doadores de sangue que apresentam sorologias positivas para sífilis. Constatada a soropositividade, procede-se com as devidas orientações e o referenciamento do doador para dar continuidade à atenção à saúde na rede-SUS. Contudo, não é sabido se esse doador consegue efetivar o tratamento, os possíveis motivos da não efetivação e as dificuldades encontradas. Objetivo geral: identificar se, o doador de sangue com exames reagentes para sífilis, conseguiu efetivar o atendimento preconizado para a sua condição. Objetivos específicos: descrever o perfil epidemiológico desses doadores; descrever o segmento da assistência a eles prestada na rede-SUS do DF; descrever a efetivação do tratamento e acompanhamento na rede-SUS do DF. Metodologia: estudo descritivo quantitativo, com análise de dados secundários existentes nos sistemas informatizados da FHB (sisthemo) e da SES-DF (trackcare). Foram incluídos na investigação todos os indivíduos com sorologia positiva para sífilis na primeira amostra de sangue coletada na FHB, no ano de 2013. As variáveis investigadas foram: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, atividade/parcerias sexuais, uso de preservativo, procedência, resultado da investigação clínico-sorológica, atendimento na FHB e na rede-SUS do DF e, desfecho dos casos. Resultados: de um universo de 55.224 doadores, foram incluídos 180 sujeitos na pesquisa. Destes, 71% apresentaram VDRL negativo na segunda amostra, 13% representavam cicatriz sorológica e 11% foram diagnosticados com sífilis adquirida atual; ainda, 5% não compareceram à FHB para realizar a segunda testagem, sendo classificados como casos indeterminados. O estudo permitiu

traçar o perfil epidemiológico dos doadores de sangue com sorologia positiva para a sífilis. No universo total (n=180), constatou-se o seguinte perfil: 84% residem nas cidades satélites, 75% do sexo masculino, 90% adultos, 58% pardos, idade média de 44 anos, 69% com escolaridade mínima o nível médio, estado civil equiparado de solteiros e casados (43% e 46%, respectivamente), sendo que 82% declararam ter parceria fixa, 85% não utilizam preservativo e dentre os que fazem uso, 44% relatam fazê-lo de modo irregular. Do grupo de doadores diagnosticados com sífilis pela FHB (n=19), 74% retornaram à FHB para receber o resultado e puderam ser referenciados para tratamento; em 37% dos casos há registro no trackcare acerca do tratamento, e apenas 16% dos casos alcançou o desfecho cura; 90% residem nas cidades satélites, 79% do sexo masculino, 100% adultos, 58% pardos, idade média de 37 anos, 69% com escolaridade mínima o nível médio; no estado civil, 68% solteiros, 16% de casados, 58% declararam ter parceria fixa, 79% não utilizam preservativo e dentre os que usam, 100% relatam frequência irregular. Conclusões: identificou-se escassez de informações e lacunas existentes para o adequado segmento dos doadores do estudo; constatou-se dificuldades em efetivar o protocolo de tratamento e acompanhamento para a sífilis, alcançou-se um percentual mínimo de doadores referenciados que chegaram ao desfecho cura esperado. O recorte populacional ora investigado demonstrou que o monitoramento dos casos positivos para sífilis na rede de atenção à saúde do DF é deficitário.

Palavras chaves: sífilis, vigilância epidemiológica, hemoterapia, doador de sangue, saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a chronic infectious disease, sexually transmissible, worldwide distributed and that, nevertheless the effective, low cost treatment, has been a public health problem until nowadays. The Foundation Hemocentro de Brasília (FHB) daily comes through blood donors who present positive serology to syphilis. Once the positivity is confirmed it is given both the orientation and the reference to the donor continue the attention to his health in the SUS – Sistema Único de Saúde (Brazilian system of public health). However it's not known whether the patients continue neither the treatment or the possible reasons for the discontinuation and either the difficulties they have to face. GeneralPurpose: Identify if the blood donor with reagents to syphilis in his exams could actualize the treatment recommended to his condition. SpecificPurpose: describe the epidemiological profile of these donors; the continuation of the assistance given them by SUS; Actualize the treatment and accompaniment in SUS -DF. Methodology: Quantitative descriptive study, with analysis of secondary data existing in the computerized systems of FHB (Sisthemo) and of SES-DF (Trackcare). Every person with positive serology to syphilis in the first sample of blood collected at FHB, in 2013 were included in the investigation. The variables investigated were: sex, age, skin color/ race, education, marital status, sexual activities/ partnerships, condom usage, origins, the result from the clinical serological investigation, treatment at FHB and system SUS-DF and the cases upshot. Results: From a universe of 55,224 donors, 180 donors were included in the research. 71% of the donors presented negative VDRL at the second sample, 13% presented a serological scar and 11% were diagnosed with current acquired syphilis; 5% of the donors have not returned for a second testing, being classified as indefinite cases. The study permitted to define an epidemiological profile of the blood donors whose blood exam is positive to syphilis. At the total universe (n=180) it was found the following profile: 84% inhabit in the administrative regions known as Cidades Satélites, 75% male, 90% adult, 58% brown skin, average age of 44, 69% with at least second degree of education, similar marital status (43 and 46% respectively), but 82% admit to have a fix partnership, 85% do not use condoms and from the ones who do, 44% declare to use them irregularly. From the group of the donors diagnosed with syphilis, by

FHB (n=19), 74% returned to FHB to receive the result and could be differed to treatment; in 37% of the cases there is register in Trackcare about the treatment, and only 16% of the cases reached the condition of cure; 90% inhabit the Cidades Satélites, 79% male, 100% adults, 58% brown skin, average age of 37, 69% having second degree as minimum education; in marital status, 68% single, 16% married, 58% claim to have fix partnership, 79% do not use condoms and among the ones who use, 100% admit irregularity. Conclusions: It was spotted scarcity of information and gaps for the proper continuation of the donators to the study; there were found difficulties to actualize the protocol of treatment and accompaniment to syphilis, the minimum percentage of recommended donators who were considered cured was achieved. The population parcel investigated this time demonstrated that the control of the positive cases to syphilis in the system of attention to health in DF is not sufficient.

Key words: syphilis, surveillance, blood therapy, blood donor, public health.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Epidemiologia

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) constituem uma importante causa global de doença aguda, de infertilidade, invalidez e morte, além de consequências psicológicas para milhões de homens, mulheres e crianças. O número total de casos novos de sífilis no mundo em 2008, entre pessoas na faixa etária de 15 a 49 anos, foi estimado em 36,4 milhões (OMS, 2012).

Em outras palavras, as IST figuram entre as principais causas de enfermidades no mundo, com consequências econômicas, sociais e sanitárias de grande impacto. Nesse cenário, a sífilis ainda se insere na atualidade como uma infecção globalmente distribuída, transmitida principalmente pela atividade sexual de adolescentes e adultos. (VILLEGAS et al, 2008; GIACANI e LUKEHARTA, 2014)

É uma doença infecciosa crônica, que desafia há séculos a humanidade. Acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais. Nesse sentido, a sífilis continua figurando como um importante problema de saúde pública no Brasil (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006; SZWARCOWALD et al, 2007).

O número de casos de sífilis vem crescendo na última década, em todo o mundo, tendo como principais fatores contribuintes as práticas sexuais inseguras, o aumento do uso de drogas para fins recreativos inclusive as que tratam da disfunção erétil, a internet como meio de encontrar parceiros sexuais e, a falsa percepção de segurança associada à melhora clínica dos casos de HIV positivos. Alguns estudos demonstram ser a sífilis a IST mais associada à infecção pelo HIV. (NADAL e FRAMIL, 2007)

A portaria ministerial nº 2472 de 31 de agosto de 2010, inclui a sífilis adquirida como uma doença de notificação compulsória. Até então, apenas para a sífilis em gestantes e sífilis congênita havia a obrigatoriedade da notificação.

Essa iniciativa permite melhor monitoramento e planejamento das ações de prevenção e controle (BRASIL, 2010a).

Como consequência, a sífilis congênita continua representando um sério problema sócio-sanitário. Entre 1998 e junho de 2012, foram notificados ao Sinan 80.041 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. A Região Sudeste registrou 45,9% desses casos; a Nordeste 31,4%; a Norte 8,7%; o Sul, 7,7%; e a Centro-Oeste, 6,3%. (BRASIL, 2012).

Com relação à taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil, em 2011 observou-se uma taxa de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que as Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas nesse ano, 3,8 e 3,6, respectivamente. Das Unidades Federativas, o Rio de Janeiro destacou-se com uma taxa de 9,8 por 1.000 nascidos vivos, apresentando também a maior taxa de incidência em 2011. (BRASIL, 2012)

Muricy e Pinto Junior (2015) em seu estudo, descreveram a epidemiologia da sífilis congênita e materna no Distrito Federal no ano 2010, identificando 137 crianças com sífilis congênita notificadas. Evidenciou-se a taxa de detecção da sífilis congênita entre os moradores do DF de 2,0/1.000 nascidos vivos, e o coeficiente de mortalidade específica de sífilis congênita foi de 0,1 óbitos/1.000 nascidos vivos, índices menores que os encontrados nacional e regionalmente. O estudo sugere a possibilidade de haver subnotificações dos casos ou a não procura dos serviços de saúde.

Existe um esforço global para o alcance da eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública, que se efetivará através da redução da prevalência de sífilis adquirida, da doença em gestantes, bem como a prevenção da transmissão da sífilis da mãe para o filho. (OMS, 2008)

1.2- Histórico

A origem da sífilis tem sido polemizada há mais de cinco séculos. A documentação da primeira epidemia desse agravo data de 1495, na Europa.

Nesta época uma praga irrompeu entre as tropas do líder francês Charles VIII durante a queda de Nápoles (HARPER et al, 2008).

Em seu retorno, a tropa teria disseminado a doença pela Europa. Essa epidemia ocorreu conjuntamente com o retorno de Colombo e de seus homens do *novo mundo*, sendo causa de especulação quanto à sua origem nas Américas. Alguns relatos informam que os povos indígenas do *novo mundo* sofriam de uma doença similar e, que os sintomas desta doença, tinham sido observados em homens que compunham a expedição de Colombo (HARPER et al, 2008).

Singh e Romanowski (1999) trazem o conhecimento das principais teorias propostas para a origem da sífilis: a teoria do *novo mundo* ou teoria colombiana, e a do *velho mundo* ou teoria pré-colombiana. A primeira sustenta que a sífilis era endêmica na parte do mundo agora conhecido como Haiti e foi então adquirido e transportado para a Europa por Colombo. A teoria pré-colombiana advoga que a sífilis originou-se na África central e foi introduzida na Europa antes da viagem feita por Colombo. Uma terceira teoria, a teoria unitária, promove um ajuste à teoria pré-colombiana argumentando que a sífilis e as treponematoses não venéreas eram todas manifestações de uma mesma infecção, com as diferenças clínicas observadas ocorrendo devido a fatores ambientais, destacando-se a temperatura.

Rothschild (2005) descreveu em seu artigo intitulado *A História da Sífilis*, uma investigação realizada a partir de esqueletos das populações dos países aventados como possíveis fontes da doença, e identificou que, as características do tipo ósseo infectado pela sífilis esteve ausente em espécimes da Europa pré-colombiana, África e Ásia.

No que diz respeito às Américas do Norte e do Sul, essas características foram identificados na América do Norte há 8000 anos, em locais tão díspares como Windover, Florida, Frontenac Island, Nova Iorque, Libben, Ohio; e Amaknak, Alaska. (ROTHSCHILD, 2005)

A cidade de Mogollon Rim, no Estado do Arizona, provou ser a linha divisória no que diz respeito tanto ao primeiro aparecimento recente da sífilis, quanto para a mudança climática que pode ter sido responsável pelo evento. As

assinaturas ósseas são reconhecidas como tendo ocorrido há 1500 anos, no Novo México, 1000 anos atrás, em Wisconsin, há 800 anos no Equador, há 700 anos, na Flórida, e 600 anos atrás, em Michigan e no Oeste da Virginia. (ROTHSCHILD, 2005)

Além disso, é certo que a sífilis esteve presente no *novo mundo* no tempo da chegada de Colombo. Especialmente relevante é a documentação da sífilis na área onde ele realmente desembarcou, a então Ilha de Hispaniola, hoje República Dominicana. (ROTHSCHILD, 2005)

Independentemente das origens continua a ser evidente que por volta de 1495 uma epidemia de sífilis se espalhou por toda a Europa. De lá, a doença disseminou-se para a Índia em 1498 e China em 1505. (ROTHSCHILD, 2005)

Antes de receber seu batismo definitivo, a sífilis já foi denominada de grande varíola, lues venérea, doença gálica, francesa, italiana, espanhola, alemã e polonesa, sempre recebendo o nome do país opositor. Essa diversidade de nomes reflete a situação de rivalidade política na Europa, no final do século XV, atribuindo à doença um nome que a identificava com outro povo ou nação (AVELLEIRAE BOTTINO 2006; SINGH e ROMANOWSKI, 1999).

Ainda sem medidas efetivas de controle, o crescimento da endemia era motivo de preocupação durante o século XIX. Em 1905, a associação do *T. pallidum* com a sífilis foi descrito por Schaudinn e Hoffman, que demonstraram espiroquetas em esfregaços corados pelo Giemsa de fluido de lesões da sífilis secundária. Em 1906, o bacteriologista August Paul Von Wassermann desenvolveu a primeira sorologia para sífilis (Lues). Os primeiros testes sorológicos para diagnóstico começaram a ser desenvolvidos cerca de uma década depois, já em 1941 foi evidenciada a ação terapêutica da penicilina na cura da sífilis, trazendo expectativas de que essa doença fosse controlada em curto espaço de tempo (SINGHe ROMANOWSKI, 1999; SOUZA, 2005).

Lopes (2003), ao resgatar o histórico de chegada da sífilis no Brasil, relata que a infecção foi trazida pelos exploradores europeus, tendo um impacto no Brasil que dificilmente pode ser separado do momento de origem da mistura racial

no país. Acrescenta ainda que a sífilis teve seu maior impacto no Nordeste dos séculos XVII e XVIII.

Freyre (2000) em sua obra *Casa Grande & Senzala*, traz um marcante relato sobre a historicidade da sífilis:

“(...)sífilis fez sempre o que quis no Brasil patriarcal. Matou, cegou, deformou à vontade. Fez abortar mulheres. Levou anjinhos para o céu. Uma serpente criada dentro de casa sem ninguém fazer caso de seu veneno. O sangue envenenado rebentava em feridas. Coçavam-se então as perebas ou "cabidelas", tomavam-se garrafadas, chupava-se caju. A *sifilização* do Brasil admitida sua origem extra-americana - vimos, às primeiras páginas deste trabalho, que data dos princípios do século XVI. Mas no ambiente voluptuoso das casas-grandes, cheias de crias, negrinhas, mulecas, mucamas, é que as doenças venéreas se propagaram mais à vontade, através da prostituição doméstica - sempre menos higiênica que a dos bordéis” (FREYRE, 2000,p.374).

Em finais do século XIX, acreditava-se que a doença se manifestava de forma mais grave nos climas quentes, constituindo-se em tipo específico chamado de sífilis exótica ou tropical. Ao longo das primeiras décadas do século XX, ao mesmo tempo em que se adensava a rede de especialistas brasileiros, a crença na malignidade da sífilis tropical era progressivamente desfeita (CARRARA, 1997).

Inicialmente, diferenciou-se a sífilis da bouba¹. Depois, com a significativa contribuição de pesquisas médicas realizadas no Brasil, outras diferenciações se seguiram, fazendo com que os médicos passassem a distinguir a sífilis de outras doenças com manifestações cutâneas (CARRARA, 1997).

Por fim, apoiando-se em estatísticas mais seguras, na década de 30, os sifilógrafos, como eram chamados os estudiosos naquela época, começavam a confirmar que as características da sífilis no Brasil não só diferiam do modelo tropical, construído a partir da observação de casos africanos, mas no geral apresentavam-se muito mais benignas que as da própria sífilis europeia (CARRARA, 1997).

¹Doença tropical contagiosa causada pelo *Treponema pertenue*, caracterizada por lesões cutâneas seguidas de erupção granulomatosa generalizada e, por vezes, lesões destrutivas tardias da pele e dos ossos. Sua transmissão se dá pela penetração do *T. pertenue* na pele, não sendo uma IST. Seu ciclo de desenvolvimento é semelhante ao da sífilis.

A estimativa do índice de contaminação entre a década de 20 e de 40, era de 20% da população, considerada extremamente alta. Já nesta época advogava-se que, não sendo doença de notificação obrigatória, seria impossível qualquer estatística segura (CARRARA, 1997).

Fazendo menção a essa época, Freyre (2000) declarou que “o Brasil se “sifilizou” bem antes de se “civilizar” e que, entre as “influências sociais”, talvez a sífilis tenha sido, depois da má nutrição, a mais deformadora da plástica e a mais depauperadora da energia econômica do mestiço brasileiro”.

Na segunda metade do século XX, foi detectada uma tendência de queda na incidência de sífilis, devido à introdução do tratamento terapêutico com a penicilina possibilitando, finalmente, a cura da doença. Entretanto, essa tendência foi interrompida, nos anos 90, com aumento nos casos notificados, possivelmente em associação com o advento do HIV, nos países desenvolvidos (OMS, 2008).

1.3- Agente Etiológico

A sífilis é uma doença de evolução crônica que tem como agente etiológico uma bactéria gram-negativa. Embora tenha recebido vários nomes seguintes ao da sua descoberta, o organismo causador da sífilis foi finalmente designado como pertencente ao gênero *Treponema*, por causa de sua semelhança com um fio torcido, e pallidum por causa de sua cor pálida. (SINGHE ROMANOWSKI, 1999; GIACANI e LUKEHARTA, 2014)

O *T. pallidum* é o agente causador da sífilis. Foi descrito em Berlim, por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905, que demonstraram espiroquetas em fluido de lesão secundária corada. (SINGHE ROMANOWSKI, 1999; SOUZA, 2005).

Seu diâmetro varia entre 0,10-0,18 µm de diâmetro e de 6 a 20 µm de comprimento, o que o torna invisível à microscopia de luz sendo, portanto, a microscopia de campo escuro é utilizada na prática clínica para sua visualização (SINGHE ROMANOWSKI, 1999).

Figura 1- TREPONEMA PALLIDUM PENETRANDO A PELE DO CONTACTANTE



Fonte: http://www.losmicrobios.com.ar/microbios/?page_id=1269

Esse agente etiológico infecta exclusivamente o homem. A compreensão global da patogênese humana é limitada pela inabilidade em se promover o crescimento das espiroquetas in vitro, por sua estrutura celular frágil que permite uma manipulação mecânica limitada do patógeno. Para preservar a sua integridade e viabilidade, o coelho é amplamente utilizado no estudo da subespécie *T. pallidum*. (SINGHeROMANOWSKI, 1999; GIACANLe LUKEHARTA, 2014)

O *T. pallidum* tem membrana externa composta predominantemente por lipídeos e por poucos componentes proteicos, o que dificulta o desenvolvimento de testes sorológicos e de vacinas. Algumas proteínas da membrana e várias hemolisinas têm sido imputadas como potenciais fatores associados à virulência desse agente. A maior parte do conhecimento sobre a fisiologia, o metabolismo e a estrutura antigênica advém de estudos realizados com a cepa Nichols, mantida em coelhos. (SINGH eROMANOWSKI, 1999; FRASERet al, 1998).

Em 1998, o genoma do *T. pallidum* subespécie *pallidum* (Nichols) foi sequenciado. Essa bactéria apresenta um cromossoma circular de 1.138.006 pares de bases com 1.041 regiões de leitura aberta (AVELLEIRAeBOTTINO, 2006; HARPER et al. 2008; MATEJKOVA et al, 2008).

1.4- Vias de Transmissão e Manifestações Clínicas

A transmissão do *T. pallidum* ocorre, predominantemente, por contato sexual. Pode se dar por via transplacentária para o feto ou pela contaminação deste no canal de parto, na presença de lesões genitais maternas. A transmissão por transfusão sanguínea ou por acidente ocupacional é rara e representa; uma pequena parcela dos casos notificados (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006; STAMM, 2010; GIACANI e LUKEHARTA, 2014).

Jimenez (2008) acrescenta que a sífilis foi a primeira doença descrita como transmissível pela via transfusional. Devido à melhoria na seleção de doadores de sangue, a testagem sorológica pré-transfusional e a refrigeração da maior parte dos hemocomponentes, atualmente a transmissão da sífilis por essa via tornou-se excepcional. (JIMENEZ, 2008)

A maioria dos casos de transmissão sexual ocorre devido à penetração do treponema por pequenos ferimentos decorrentes da relação sexual. Logo o treponema atinge o sistema linfático e, por disseminação hematogênica, outras partes do corpo. A resposta imune local origina uma ulceração característica no local de inoculação, enquanto a disseminação sistêmica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se em qualquer órgão. A imunidade humoral não é protetora e, a imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *T. pallidum* multiplicar-se e sobreviver por longos períodos. (AVELLEIRAeBOTTINO, 2006)

As estimativas de frequência da transmissão sexual do *T. pallidum* variam amplamente por diversos fatores relativos ao organismo do hospedeiro. Estima-se que 16 a 30% dos indivíduos que mantêm contato sexual desprotegido com uma pessoa infectada, tornam-se infectados (VERONESIe FOCACCIA, 1997; LAFONDe LUKEHART, 2006).

O período de incubação da enfermidade varia de 10 a 90 dias, com uma média de 21 dias a partir do contato sexual infectante. O período de transmissibilidade está associado à presença de lesões (cancro duro, condiloma

plano, placas mucosas, lesões úmidas e em canal de parto), sendo em torno de 100% nesses casos. (BRASIL, 2014)

A suscetibilidade à doença é universal e os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores. O indivíduo pode adquirir sífilis sempre que se expuser ao *T. pallidum*. (BRASIL, 2014)

A transmissão vertical da sífilis ocorre quando o *T. pallidum*, presente na corrente sanguínea da gestante infectada, atravessa a barreira transplacentária e penetra na corrente sanguínea do feto. A transmissão pode ocorrer em qualquer momento da gestação, sendo maior nas infecções que ocorrem nos primeiros trimestres da gestação. (LAFONDe LUKEHART, 2006)

Estima-se que a transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, seja superior a 70% quando estas se encontram na fase primária ou secundária da doença, reduzindo-se para 10% a 30% na fase latente ou na sífilis terciária. (LAFOND e LUKEHART, 2006)

De acordo com a via de transmissão, a sífilis é classificada em adquirida ou sífilis congênita. As manifestações clínicas dependem do estágio da infecção.

1.4.1 - Sífilis Adquirida

A sífilis adquirida é uma doença de transmissão predominantemente sexual. Credita-se a Philippe Ricord, o mérito de ter estabelecido, na segunda metade do século XIX a classificação da sífilis, até hoje adotada, em *sífilis primária*, *secundária*, *latente* (recente e tardia) e *terciária* (SINGHeROMANOWSKI, 1999; LAFONDeLUKEHART, 2006).

1.4.1.1 - Sífilis Primária

O período de incubação da sífilis pode variar de 10 a 30 dias após o contato inicial, dentro do qual se sucede a disseminação hematogênica, ocorrendo multiplicação bacteriana principalmente no local de entrada do microrganismo. A porta de entrada localiza-se na região genital em 90% a 95% dos casos. (AVELLEIRAe BOTTINO, 2006; LAFONDe LUKEHART, 2006).

A proliferação bacteriana promove uma infiltração celular no local de inoculação, causando uma lesão que se apresenta inicialmente como mácula ou pápula de aspecto avermelhado e que progride rapidamente para uma ulceração denominada cancro duro. Esta lesão aumenta em tamanho (0,5 a 2,0cm) em uma a duas semanas evoluindo até a típica lesão ulcerada, indolor, com bordos endurecidos, bem delimitados, com fundo liso e brilhante. O cancro duro geralmente é único, podendo ocorrer lesões múltiplas que diferem na aparência clínica. Ele permanece de 3 a 8 semanas e desaparece com ou sem tratamento. Nas mulheres, a fase primária é de difícil diagnóstico clínico, devido ao cancro duro não causar sintomas e sua localização ser geralmente em parede vaginal, cérvix ou períneo. (BRASIL, 2014)

As localizações extragenitais mais comuns são a região anal, boca, língua e amígdalas, região mamária e dedos das mãos. O cancro regride espontaneamente, numa média de quatro semanas, sem deixar cicatriz. Após este período, quando o paciente não recebe tratamento adequado, ocorre a evolução para a sífilis secundária. (AVELLEIRAeBOTTINO, 2006; LAFONDe LUKEHART, 2006).

1.4.1.2 - Sífilis Secundária

Essa fase é marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo, no entanto, não existe nenhuma delimitação temporal bem estabelecida entre a sífilis primária e secundária. O cancro inicial pode estar presente em um terço dos pacientes com sífilis secundária. Do mesmo modo, a lesão inicial pode ter cicatrizado oito semanas antes que os sinais cutâneos apareçam. Em média, após

um período de latência de seis a oito semanas a infecção entrará novamente em atividade (SINGHe ROMANOWSKI, 1999 AVELLEIRAe BOTTINO, 2006).

A sífilis secundária é uma doença sutil, as lesões de pele podem ser facilmente

negligenciadas, podendo ser confundida com outras doenças dermatológicas. As lesões

cutâneas tendem a ser simétricas, ocorrer em surtos, geralmente sob a forma de máculas ou pápulas eritematosas e pouco pruriginosas. A presença de exantema nas palmas das mãos e solas dos pés é bastante frequente e muito sugestiva de sífilis secundária. Podem ocorrer placas mucosas, perda de pelo facial e corporal, resultando em alopecia de clareira, madarose. (SINGHe ROMANOWSKI, 1999; LAFONDe LUKEHART, 2006; BRASIL, 2014).

Nos pacientes não tratados as lesões cutâneas tendem a desaparecer após algumas semanas, na maioria das vezes sem deixar cicatrizes (SINGHeROMANOWSKI, 1999; LAFONDe LUKEHART, 2006; BRASIL, 2014).

A disseminação do *T. pallidum* pode ocasionar manifestações clínicas variadas nessa fase da doença. Além das lesões cutâneas, são exemplos de sintomas da sífilis secundária: febre, dores de garganta, mialgia e perda de peso. Linfadenopatia generalizada é evento bastante comum, sendo descrita em até 85% dos casos (LAFONDe LUKEHART, 2006)

1.4.1.3 - Sífilis latente (recente e tardia)

A sífilis latente ou assintomática é definida pelo desaparecimento das manifestações clínicas e se divide em recente e tardia. A fase latente recente se estende do desaparecimento dos sintomas da fase secundária até o final do primeiro ano da doença. Cerca de 25% dos indivíduos infectados podem apresentar recidiva das manifestações secundárias. A doença assintomática com mais de um ano de duração recebe o nome de sífilis latente tardia (SINGHe ROMANOWSKI, 1999; LAFONDe LUKEHART, 2006).

Apesar dos testes sorológicos serem positivos para a sífilis durante o estágio latente tardio, ainda não está comprovado que ocorra transmissão sexual neste período. O *T. pallidum* pode permanecer na corrente sanguínea durante a sífilis latente e infectar o feto em desenvolvimento durante a gravidez (SINGH e ROMANOWSKI, 1999; LAFOND e LUKEHART, 2006).

1.4.1.3 - Sífilis terciária

As lesões da sífilis terciária são raramente vistas hoje, mas foram amplamente divulgadas com as descrições de estudos da história natural da doença. No estudo retrospectivo de Oslo, conduzido na era pré-antibiótica, um terço dos indivíduos com infecção latente da sífilis desenvolveu manifestações clínicas da sífilis terciária. Essas manifestações geralmente não apareceram até 20 a 40 anos após o início da infecção. (LAFOND e LUKEHART, 2006).

Nesta fase há ausência quase total de treponemas. Em 15% dos pacientes com sífilis não tratada, ocorreu inflamação progressiva nos tecidos e destruição óssea. Também foram demonstradas alterações cardiovasculares, como insuficiência cardíaca ou aneurisma aórtico, em 10% de pacientes não tratados. A neurosífilis tardia sintomática afetou 6,5% de pacientes não tratados (LAFOND e LUKEHART, 2006).

1.4.1.4 - Sífilis Congênita

O *T. pallidum*, presente na corrente sanguínea da gestante infectada, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto. A transmissão pode ocorrer em qualquer momento da gestação. Quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto será acometido (LAFOND e LUKEHART, 2006).

1.5- Diagnóstico

Para o diagnóstico da sífilis, associa-se a avaliação clínica à análise laboratorial. As reações sorológicas com antígenos lipídicos ainda são úteis e importantes para o diagnóstico e o controle de cura. Agregam-se ao arsenal diagnóstico da sífilis os testes treponêmicos e os testes de amplificação de nucleotídeos. (ROTTA, 2005)

Os testes não treponêmicos são testes que se baseiam na reação entre antígenos não treponêmicos e os anticorpos gerados pelo indivíduo infectado. Estes anticorpos não são específicos para *T. pallidum*, porém estão presentes na sífilis. Os testes treponêmicos empregam os antígenos retirados do *T. pallidum*, e detectam anticorpos antitreponêmicos. Esses testes são feitos apenas qualitativamente. (BRASIL, 2010b)

Os testes não treponêmicos podem ser qualitativos, rotineiramente são utilizados como testes de triagem para determinar se uma amostra é reagente ou não, ou quantitativos, que são utilizados para determinar o título dos anticorpos presentes nas amostras que tiveram resultado reagente no teste qualitativo e também para o monitoramento da resposta ao tratamento. (BRASIL, 2010b)

Para o diagnóstico laboratorial da sífilis deve ser considerada a fase evolutiva da doença. Podem ser utilizados os seguintes exames:

1.5.1 – Métodos de Provas Diretas

1.5.1.1 - Microscopia direta

Na microscopia direta realiza-se a pesquisa do *T. pallidum* em material coletado por esfregaço de lesão cutâneo-mucosa. Os fatores que diminuem a sensibilidade do teste são: coleta inadequada dos espécimes, tratamento prévio e coleta nas fases finais da evolução das lesões, quando a quantidade de *T. pallidum* está muito reduzida. (BRASIL, 2014; BRASIL, 2010b).

1.5.2 – Métodos Não Treponêmicos

1.5.2.1 - Sorologia não treponêmica – VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

Este é o teste mais realizado no mundo. Indicado para o diagnóstico e seguimento terapêutico, devido à propriedade de ser passível de titulação. Possui como antígeno a cardiolipina acrescida de colesterol e lecitina, sendo um método qualitativo e quantitativo. Sua sensibilidade é de 70% na sífilis primária, 99% a 100% na sífilis secundária e de 70% a 80% na terciária. Possui especificidade de 98% para o diagnóstico da sífilis (OMS, 2008).

A prova do VDRL positiva-se entre cinco e seis semanas após o início da infecção e entre duas e três semanas após o surgimento do cancro. A titulação é extremamente importante, pois permite o controle de tratamento e cura, através da comparação periódica dos títulos. Os títulos em geral são altos nas treponematoses (acima de 1/16), podendo ser superiores a 1/512. Os casos de falso negativos na sífilis secundária (1 a 2%) decorrem do excesso de anticorpos, denominado efeito pró-zona (AVELLEIRAE BOTTINO, 2006)

1.5.2.2 – RPR (Rapid Plasma Reagin)

A testagem pelo RPR é uma variação do VDRL e fornece resultados semelhantes a este. No RPR, o soro do paciente reage com a cardiolipina contendo partículas de carbono em um cartão plástico. A probabilidade de automação, estabilidade do antígeno e possibilidade de uso de plasma e soro tornaram o RPR muito prático para uso em laboratório (LAFONDE LUKEHART, 2006).

A sensibilidade do teste depende do estágio da doença. A sensibilidade do RPR na fase primária é de 86%, sendo maior do que a do VDRL. Pode apresentar resultado falso positivo pela possibilidade de reação cruzada com anticorpos contra hepatites virais, artrite reumatóide ou lúpus eritematoso sistêmico. Em idosos também existe o risco de resultado falso positivo em função do aumento

de auto-anticorpos. Nos Estados Unidos é utilizado como triagem devido ao baixo custo e simplicidade (LAFONDe LUKEHART, 2006).

Os testes não treponêmicos tendem à negatificação após o tratamento e por isso são utilizados no seguimento. No entanto, alguns indivíduos podem apresentar testes não treponêmicos persistentemente reagentes, em baixas titulações, após o tratamento, é o que se chama de cicatriz sorológica (BRASIL, 2014).

Essa baixa titulação também se verifica nos indivíduos com sífilis latente, por isso, na ausência de registro de tratamento, indivíduos com títulos baixos em testes não treponêmicos devem ser tratados. (BRASIL, 2014)

1.5.3 – Métodos Treponêmicos

1.5.3.2 - FTA-abs (*Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption*)

São testes qualitativos para detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos, úteis para confirmação do diagnóstico. O teste FTA-abs é considerado o teste de referência ou padrão ouro dentre os testes treponêmicos. Pode ser feito com amostras de soro ou plasma. (BRASIL, 2010b)

É o primeiro teste a se tornar reagente após a infecção, tendo bom desempenho no diagnóstico da sífilis primária em usuários que apresentam o cancro duro com mais de 10 dias de evolução. (BRASIL, 2010b)

Em caso de reação positiva, a presença de anticorpos antitreponemas é evidenciada pela emissão de fluorescência dos treponemas marcados. Na sífilis secundária e na sífilis latente recente, possui sensibilidade e especificidade comparável aos demais testes sorológicos (treponêmicos ou não treponêmicos), alcançando reatividade em 99% a 100% dos casos (AZEVEDO et al, 2006).

A positividade no FTA-Abs pode permanecer para o resto da vida do paciente mesmo após o término do tratamento em virtude da permanência dos anticorpos do tipo IgG de memória, razão pela qual este exame se torna inadequado para avaliação da eficácia do tratamento para sífilis (AZEVEDO et al, 2006)

É importante também para o esclarecimento do diagnóstico de usuários com evidência clínica de sífilis que apresentaram resultados não reagentes nos testes não treponêmicos, situação que pode ocorrer em amostras de pacientes com sífilis primária, latente recente ou tardia (BRASIL, 2010b).

1.5.3.3 - Western Blot

O Western blot é um teste confirmatório que identifica anticorpos IgG e IgM contra proteínas que possuem pesos moleculares (15kDa, 17kDa, 44kDa e 47kDa) (AVELLEIRAE BOTTINO, 2006).

O Western blotting apresenta elevados índices de especificidade (100%) e sensibilidade (93,8% a 98,5%), sendo sugerido como teste confirmatório para sífilis por sua maior objetividade de leitura (SÁEZ-ALQUÉZAR et al, 2007).

1.5.3.4 - ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay e suas variações)

Essas sorologias são processadas em cavidades de placas plásticas recobertas com extratos antigênicos de *T. pallidum*. Para detecção de anticorpos IgM emprega-se ELISA IgM com conjugado anti IgM, após remoção das IgG. O teste ELISA IgM possui maior sensibilidade e especificidade do que o teste FTA-Abs IgM e é mais apropriado para o diagnóstico de sífilis congênita precoce (FERREIRAE ÁVILA, 1996).

Utilizado para fases precoces da sífilis, possui sensibilidade de 94% na fase primária, 85% na secundária e 82% na latente precoce, além de possuir especificidade de 90%. Já o teste de captura de IgG pode ser utilizado como triagem ou confirmatório, entretanto, pode dar resultados falso positivos em virtude de reação cruzada com espiroquetas comensais (LARSEN; STEINER; RUDOLPH, 1995).

Os testes Imunoenzimáticos – ELISA, incluindo os quimioluminescentes - são ensaios que podem ser automatizados e empregados em laboratórios que

têm grande demanda de exames em sua rotina. Podem ser feitos em amostras de soro ou plasma (BRASIL, 2010b).

Atualmente, o ELISA e suas variações, por permitirem automação, também são utilizados como testes de triagem em laboratórios ou em hemocentros que possuem grande rotina (BRASIL, 2010b).

O estudo de Qiu et al (2015) desenvolveu um imunoensaio de quimioluminescência para avaliar sua aplicação no diagnóstico da sífilis e encontrou em seus resultados a demonstração de um alto poder discriminatório no diagnóstico da doença indicando assim, o uso deste teste na triagem de primeira linha e também como um confirmatório quando associado à história clínica do paciente.

Como dificilmente esses testes treponêmicos tornam-se não reagentes, é necessário que o médico investigue a história clínica do usuário e associe o resultado do teste treponêmico com o resultado do teste não treponêmico. São testes qualitativos. Sua reatividade indica que o usuário teve contato com *T. pallidum* em alguma época de sua vida e desenvolveu anticorpos específicos. São indicados para confirmação do diagnóstico, quando a triagem é feita com um teste não treponêmico. (BRASIL, 2010b).

1.5.3.5 - Reação em Cadeia da Polimerase (PCR)

No início dos anos 90 vários métodos de PCR foram desenvolvidos para a detecção do *T. pallidum*. Esta técnica com altas especificidade e sensibilidade, e rápida análise laboratorial, é útil para a detecção de níveis muito baixos de microrganismos em amostras clínicas. (CENTURION-LARA et al, 1996)

Na PCR, ocorre a amplificação e detecção de RNA do *T. pallidum* no sangue, líquido ou em tecidos identificando a viabilidade do agente infeccioso. O RNA PCR é mais sensível do que o DNA PCR para detecção do *T. pallidum*. Devido ao custo elevado, seu uso limita-se a centros de pesquisa e a serviços de hemoterapia. (CENTURION-LARA et al, 1996; AVELLEIRA e BOTTINO, 2006)

1.5.4 – Testes Rápidos para Sífilis

É prioridade para a Organização Mundial de Saúde a avaliação de testes rápidos para sífilis, principalmente em países em desenvolvimento. Existem vários comercialmente disponíveis. Em um estudo realizado no Brasil em 2007, foi realizada a validação de quatro testes diferentes. Foram avaliadas a reprodutibilidade, as características operacionais e a aceitação por pacientes e por profissionais de saúde. Entre suas vantagens destaca-se a realização do exame de sangue no local da consulta, a partir de coleta em polpa digital com lanceta e capilar, não dependendo de estrutura laboratorial. Sua maior limitação para a utilização em larga escala na eliminação da sífilis congênita está no fato de ser um exame qualitativo, não permitindo o controle da cura. A sensibilidade variou de 84 a 96%, a especificidade foi maior do que 98%, e o valor preditivo positivo (VPP) de > 90%. A reprodutibilidade foi > 97% com alta concordância ajustada (kappa 0.94). Os testes são muito rápidos e demoram menos de 20 minutos para serem executados (BENZAKEN, 2009).

Para a determinação da sífilis a OMS recomenda que se combinem testes inespecíficos ou não treponêmicos, com testes específicos ou testes treponêmicos (BRASIL, 2014).

A Fundação Hemocentro de Brasília (FHB) padronizou o uso dos seguintes exames para investigação e diagnóstico da sífilis: a Quimioluminescência como teste treponêmico e o VDRL como teste não treponêmico. O primeiro apresenta alta sensibilidade, podendo apresentar-se reagente por motivos como presença de processo inflamatório ou infeccioso de outra origem no ato da coleta, assim como em casos de cicatriz sorológica para a doença e também e finalmente nos casos de sífilis ativa. Enquanto o segundo caracteriza-se pela alta especificidade, apresentando-se reagente nos casos positivos para a doença e nos casos de cicatriz sorológica, neste último com baixa titulação. (BRASIL, 2010)

1.6- Tratamento

Com relação ao tratamento da sífilis, a antibioticoterapia é uma componente chave para a cura e controle da doença. Este é feito como o uso da penicilina, é o medicamento de escolha para todas as apresentações da sífilis e a avaliação clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico. A seguir tem-se a tabela detalhada com os esquemas de tratamento da sífilis. (STAMM, 2010; BRASIL, 2014)

Quadro 1 - ESQUEMA DE TRATAMENTO DA SÍFILIS (BRASIL, 2014)

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (sorologias)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal
OBS: A elevação de títulos do VDRL em quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) em relação ao último exame realizado, justifica um novo tratamento. Deve-se verificar se o tratamento do parceiro foi realizado.			

FONTE: (BRASIL, 2014)

Utiliza-se o VDRL também no controle de cura e o acompanhamento sorológico pós-tratamento, quando ocorrerá a negatificação ou a persistência de baixos títulos (cicatriz sorológica). Considera-se cicatriz sorológica a persistência, após dois anos, de reaginas em baixos títulos (de soro puro até 1:4), com provas treponêmicas positivas (ROTTA, 2005).

A remissão espontânea da doença é improvável. O tratamento adequado dos casos diagnosticados promove a remissão dos sintomas em poucos dias. As lesões tardias já instaladas, a despeito da interrupção da evolução da infecção, não serão revertidas com a antibioticoterapia. (BRASIL, 2014)

1.7- Convocação e Tratamento das Parcerias Sexuais

Faz-se necessário não apenas o tratamento do paciente diagnosticado, mas também desencadear a investigação das fontes de infecção e transmissão comuns. (BRASIL, 2005)

O ideal é que os parceiros sejam trazidos para aconselhamento, diagnóstico e tratamento pelo próprio paciente índice. No caso do não comparecimento dos parceiros convidados, outras atividades poderão ser desenvolvidas, de acordo com as possibilidades de cada serviço. Pode-se realizar a comunicação por correspondência ou busca consentida, por meio de profissionais habilitados, por equipe de vigilância epidemiológica ou de saúde da família da área de abrangência. (BRASIL, 2005)

A convocação de parceiros é fundamental para que se rompa a cadeia de transmissão das DSTs, os contatos sexuais dos indivíduos infectados precisam ser tratados. O profissional deve prestar orientações acerca da natureza confidencial de suas informações; da possibilidade de parceiros sem sintomas estarem infectados; da possibilidade de reinfecção se um parceiro permanece infectado; das consequências para o parceiro, se não tratado; das consequências para outros contatos do parceiro, se esse não for tratado; das formas de transmissão e risco da infecção; da necessidade de atendimento médico e os locais onde consegui-lo; da necessidade de evitar contato sexual até que seja tratado e/ou aconselhado; na impossibilidade de evitar contato sexual, a necessidade de uso consistente do preservativo. (BRASIL, 2005)

Qualquer que seja o método usado na comunicação, esse deve ser baseado nos princípios de confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação. (BRASIL, 2005)

1.8- Prevenção e Controle

Medidas de prevenção e controle da transmissão são fundamentais na interrupção da cadeia de transmissão e na redução da morbimortalidade. Estratégias de aconselhamento e testagem; enfatizar a adesão ao tratamento;

ofertar preservativos, orientando o uso em todas as relações sexuais e informando sobre as técnicas de uso; notificar e investigar os casos são algumas das principais medidas para o alcance da meta de redução de casos positivos da doença e prevenção de suas complicações (OMS, 2008).

1.9 - A RIDE/DF

A RIDE é uma região integrada de desenvolvimento econômico, para efeitos de articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás, Minas Gerais e do Distrito Federal. Os municípios que compõem a RIDE/DF se interrelacionam em diversas áreas como de infraestrutura, geração de empregos e capacitação profissional, saneamento básico, saúde e assistência social , inclusive no que tange à doação de sangue, dentre outras. (SUDECO,2015)

Torna-se importante resgatar essas informações para melhor compreensão da dinâmica observada no serviço de hemoterapia, onde se observam um número representativo de doadores de sangue provenientes das cidades do entorno do DF.

Figura 2 – MAPA DO DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS QUE COMPÕE A RIDE/DF



Fonte: (SUDECO,2015)

Essa realidade pode ser explicada pelo fato de muitas pessoas residentes no entorno deslocarem-se para Brasília para trabalhar, estudar e também para utilizar os serviços públicos de saúde. Quando um paciente necessita realizar cirurgia na rede pública que possa demandar o uso de hemocomponentes, solicita-se que o paciente consiga pelo menos 03 doadores de sangue para auxiliar na reposição dos estoques da FHB, sendo esse um dos motivos de encontrarmos um número expressivo de doadores do entorno do DF.

2- JUSTIFICATIVA

O objeto do presente estudo - o segmento dos doadores de sangue que apresentam resultado de exame positivo para sífilis, referenciado pela FHB para dar continuidade ao acompanhamento de saúde na rede-SUS - explicita o intento de compreender melhor o percurso feito pelo usuário do serviço público de saúde para efetivar o cuidado ao agravo manifestado e possíveis dificuldades encontrados para tal.

O Hemocentro coordenador do Distrito Federal depara-se diariamente com doadores de sangue que apresentam sorologias positivas para sífilis. Após convocar o doador identificado, coleta-se segunda amostra de sangue para nova testagem. Constatada a soropositividade, presta-se todos os esclarecimentos e orientações ao usuário e procede-se com o referenciamento, para dar continuidade ao acompanhamento de saúde na rede-SUS.

Contudo, não é conhecido se esse doador consegue efetivar o protocolo de tratamento e acompanhamento na rede-SUS, os possíveis motivos da não efetivação dessas etapas e as dificuldades encontradas pelos pacientes.

Entende-se o papel do Hemocentro coordenador não apenas o de captar doadores, coletar sangue e distribuir racionalmente os hemocomponentes, mas também, o compromisso e responsabilidade de prestar assistência e referência primária ao doador que apresente um complicador como o que trata o presente estudo.

Para Minayo (2002) os problemas de pesquisa estão interligados com a vida prática. Nesse contexto, enquanto profissional de saúde e servidora da FHB, insiro-me como pesquisadora dessa temática no intuito de contribuir para a vigilância epidemiológica e elucidação das lacunas existentes entre o diagnóstico, o tratamento e a cura da sífilis.

No Brasil existem poucos estudos que analisam essa problemática e identificam os principais aspectos relevantes para a estruturação de políticas públicas de saúde voltadas a esse grupo.

Os estudos da sífilis comumente abordam os temas 'sífilis na gestação' e 'sífilis congênita', deixando a sífilis adquirida presente nos demais grupos populacionais negligenciada na produção científica nacional.

Pretende-se ainda, que este estudo preencha lacunas no campo desse conhecimento, favorecendo a identificação de possíveis problemas, contribuindo para a discussão de soluções assertivas para a melhora na qualidade do atendimento à demanda de saúde da população.

Existe uma falta de dados atuais relacionados à soroprevalência para sífilis entre doadores de sangue. Os estudos de prevalência nesta população são de grande relevância, pois permitem conhecer o perfil epidemiológico desse grupo e assim, traçar metas na melhora do olhar clínico para a suspeição de caso no momento da triagem clínica dos doadores de sangue.

Conhecer como se dá o seguimento e acolhimento do doador referenciado na rede SUS do DF para tratamento, permite que visualize-se na prática a efetividade na procura da terapêutica, que evidencie-se também os possíveis nós existentes e que precisam ser melhor compreendidos para os casos que não alcançaram o desfecho cura esperado. Servirá também como um recorte do comportamento populacional e da rede-sus na resolução das questões de saúde inerentes ao tratamento da sífilis.

Na medida em que houver a divulgação em meio científico da realidade do seguimento dos doadores de sangue positivos para sífilis na rede-SUS do DF, proporcionará aprofundamento do conhecimento dessa temática e reflexão da maneira como a rede de saúde do DF se organiza na investigação, tratamento e acompanhamento dos casos positivos para sífilis, contribuindo assim, como ferramenta complementar para uma padronização da qualidade dos serviços em âmbito regional e quiçá nacional.

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivo Geral

Identificar se o doador de sangue com exames positivos para sífilis, referenciado pela FHB para tratamento na rede-SUS, conseguiu efetivar o protocolo de atendimento preconizado para a sua condição.

3.2- Objetivos específicos

- Descrever o perfil epidemiológico dos doadores de sangue com sorologia positiva para sífilis;
- Descrever o segmento da assistência aos doadores acometidos pela sífilis na rede-SUS do DF;
- Descrever a efetivação ou não do tratamento e acompanhamento dos doadores positivos para sífilis na rede-SUS do DF.

4- MÉTODOS E TÉCNICAS

No intuito de compreender como se dá o acompanhamento de saúde dos doadores de sangue que apresentaram resultado de exame positivo para sífilis na Fundação Hemocentro de Brasília (FHB), a presente pesquisa analisou o perfil epidemiológico, o segmento da assistência e a efetivação do tratamento desses doadores.

Para o estudo do tema em questão, o ano de 2013 foi escolhido por ser o ano mais recente e que permitia acompanhamento desses casos desde sua detecção até seu desfecho.

4.1 - Delineamento do Estudo

Realizou-se um estudo descritivo com abordagem quantitativa a partir da análise de dados secundários existentes nos sistemas informatizados da FHB, o *sisthemoe* da Secretaria de Estado de Saúde (SES), o *trackcare*.

4.2 - População do Estudo

Foram incluídos na investigação indivíduos de ambos os sexos e todas as faixas etárias, com sorologia positiva para sífilis na primeira amostra de sangue, coletada na FHB no ato da doação de sangue, no ano de 2013. A amostra foi composta pela totalidade dos doadores de sangue que apresentaram sorologia positiva na primeira amostra sorológica para sífilis naquele ano.

4.3 - Critérios de Inclusão e Exclusão

A busca das informações considerou os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

4.3.1 - Critérios de Inclusão

O critério para inclusão dos sujeitos no estudo foi ser doador de sangue de ambos os sexos e todas as faixas etárias que apresentou resultado positivo na sorologia para sífilis coletada no ato da doação de sangue - também chamada de primeira amostra sorológica -, no ano de 2013 na FHB.

4.3.2 - Critérios de Exclusão

O critério para exclusão dos sujeitos considerado e qualquer doador que não tenha resultado positivo na primeira amostra sorológica para sífilis, coletada no ato da doação de sangue, no ano de 2013.

4.4 - Instituição Participante

Fundação Hemocentro de Brasília

A Hemorrede do Distrito Federal é gerenciada/coordenada pela Fundação Hemocentro de Brasília (FHB), instituição de natureza pública e vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF). Há no Distrito Federal, apenas o Hemocentro Coordenador (HC), localizado em Brasília, que

centraliza as atividades de captação, coleta, análise, processamento, distribuição e controle de qualidade dos hemocomponentes.

A Hemorrede de Brasília não conta com hemocentros regionais ou núcleos de hemoterapia, visto que todo o ciclo do doador e também o ciclo do sangue efetiva-se sob a direção e no espaço físico do HC, enquadrando-se, assim, no nível I de complexidade.

A FHB coordena as 13 Agências Transfusionais (ATs) instaladas nos hospitais públicos regionais que estão distribuídos no território do Distrito Federal, gerenciando um total de 3941 leitos, no que tange a demanda de sangue e hemoderivados.

4.5 - Procedimentos

A partir da definição dos sujeitos da amostra, realizou-se levantamento e análise dos prontuários nas duas bases de dados eletrônicas utilizadas na pesquisa, *sisthemo* e *trackcare*.

Torna-se importante, nesse momento, esclarecer alguns procedimentos estabelecidos pelo hemocentro em seu procedimento padrão no trato com esse doador, para que as informações presentes nos resultados sejam claras e de fácil entendimento.

No ano de 2013, na FHB registrou-se um total de 55.224 doações efetivas de sangue, com uma média de 4.602 doações mensais. No momento da doação de sangue coleta-se a primeira amostra das sorologias preconizadas pela portaria regulamentadora dos serviços de hemoterapia no país, na qual se lê que a realização de exames laboratoriais deve ser feito com o sangue coletado no ato da doação de sangue, visando a prevenir a propagação de doença. Desse total, 180 sujeitos reagiram positivamente à testagem sorológica para sífilis (BRASIL, 2013).

Assim, ao grupo de 180 sujeitos doadores incluídos na pesquisa, procedeu-se com a convocação para comparecimento à FHB a fim de esclarecer detalhes sobre a doação de sangue realizada. Essa convocação foi feita por meio de carta

registrada enviada pela FHB para o endereço informado pelo doador no ato do seu registro na instituição.

Quando essa carta registrada retornava por motivo de não recebimento, a FHB encaminhava uma nova correspondência por meio de carta simples. O fato desta segunda carta não ser devolvida pelos correios à FHB no caso de o domicílio estar sem moradores no momento da entrega, tem demonstrado ser mais efetiva na comunicação com o doador do que a primeira.

Por fim, quando o doador comparece, ele é atendido por um profissional médico em consultório privativo, onde recebe esclarecimentos sobre o motivo da convocatória, coleta a segunda amostra de sangue e é orientado a retornar para buscar o resultado.

A partir do resultado da recolha, podem-se identificar doadores não reagentes, mas que apresentaram a primeira amostra positiva por interferência de algum outro fator biológico; podem ocorrer também os casos de exames positivos devido à cicatriz sorológica de tratamento prévio para sífilis; e por fim, encontram-se os doadores constatados reagentes na segunda amostra, sem tratamento prévio, sendo assim diagnosticados com sífilis adquirida.

Para garantir maior clareza no entendimento dos resultados explicitados pelos gráficos, segue abaixo a descrição do significado de cada uma das variáveis encontradas como resultado da investigação dos casos estudados:

- **NEGATIVO:** VDRL não reagente e/ou resultado do exame de quimioluminescência de baixa titulação, causada por processo inflamatório ou infeccioso no momento da coleta da amostra possibilitando um resultado falso positivo decorrente de reação cruzada.
- **CICATRIZ SOROLÓGICA:** resultado do exame de quimioluminescência reagente e/ou VDRL reagente em baixa titulação, associado ao histórico de sífilis pregressa tratada, o que gera um resultado positivo nesse teste devido à cicatriz sorológica remanescente.
- **POSITIVO:** quando tanto a quimioluminescência quanto o VDRL apresentam-se reagentes em alta titulação, caracterizando presença da doença no organismo estudado.

- INDETERMINADO: doador que apresentou 1ª amostra reagente para quimioluminescência em alta titulação, mas não realizou o VDRL como contra-prova, impossibilitando a conclusão diagnóstica. Casos com grande possibilidade de serem positivos.

No intuito de alcançar maior aprofundamento no estudo dos casos diagnosticados como sífilis adquirida presente, procedeu-se com a divisão dos resultados da investigação em duas partes.

Na primeira parte dos resultados foram tratadas as questões relativas à totalidade da amostra, ou seja, os 180 participantes, em que foram analisadas todas as variáveis investigadas na intenção de desvendar o perfil sócio-demográfico e comportamental desse grupo. Na segunda parte ocupou-se dos resultados encontrados relativos ao grupo restrito dos diagnosticados positivos para sífilis após a coleta da segunda amostra, que totalizaram 19 sujeitos, no intuito de descrever e pormenorizar sua análise, monitorando o seguimento dos casos positivos para sífilis.

Os resultados da pesquisa realizada nas bases de dados da FHB, o *sisthemo* e da SESDF, o *trackcare*, foram apresentados em duas categorias de variáveis, a saber: variáveis de caracterização sócio demográfica dos participantes do estudo e variáveis de acompanhamento dos casos positivos para sífilis.

4.6 - Coleta dos Dados

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário semi-estruturado para as variáveis sócio demográficas, de resultados dos exames, dos atendimentos realizados e do seguimento da assistência. (APÊNDICE)

As variáveis analisadas foram: gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, atividade sexual, parceria sexual, uso de preservativo, procedência, número de doações de sangue , resultado da investigação clínico-sorológica,

diagnóstico de sífilis adquirida, atendimento na FHB e na rede-SUS do Distrito Federal, desfecho dos casos.

A busca pelos dados se deu nos sistemas informatizados da Fundação Hemocentro de Brasília, o *sisthemo*, e da Secretaria de Estado de Saúde do DF, o *trackcare*, com levantamento de dados do prontuário do doador de sangue na FHB, e dos prontuários da SES-DF. A coleta dos dados se deu no primeiro semestre do ano de 2015.

4.7 - Análise dos Dados

Foi criado banco de dados e as variáveis foram analisadas utilizando-se técnicas de estatística descritiva (medidas de tendência central, dispersão e proporções). Todas as informações coletadas foram armazenadas, tabuladas utilizando-se planilhas do Microsoft Office Excel 2007. Os dados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos.

4.8 - Aspectos Éticos

O sigilo das informações prestadas pelo doador antes, durante e depois do processo de doação de sangue deve ser absolutamente preservado, respeitadas outras determinações previstas na legislação vigente. (BRASIL, 2013)

A pesquisa cumpriu com todos os preceitos ético e legais de pesquisas envolvendo seres humanos presentes na resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB e aprovado com atendimento a todas as recomendações, sob o parecer nº 1.148.764. (ANEXO 1)

Houve dispensa da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes envolvidos na pesquisa uma vez que não houve contato direto com os sujeitos, trabalhou-se apenas com dados secundários dos atendimentos realizados a eles constantes nos sistemas informatizados *sisthemo* e *trackcare*.

Firmou-se ainda, o compromisso de manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa, acarretando nenhum risco aos participantes do estudo. Apenas o pesquisador teve acesso aos dados do sistema.

5- RESULTADOS

No ano de 2013, um total de 55.224 doadores efetivou a doação de sangue, com uma média de 4.602 doações mensais. Desse total anual foram identificados 180 casos de sorologia positiva para sífilis na primeira amostra coletada entre os doadores e destes, houve 23 casos de cicatriz sorológica e 19 foram diagnosticados com sífilis adquirida atual. Os diagnósticos positivos para sífilis representaram 0,03% do total de doadores/ano. No entanto, se considerarmos um somatório dos doadores já tratados para sífilis e os recém-diagnosticados, pode-se dizer que entre doadores já tratados e os ainda sem tratamento, o desenvolvimento da doença mostrou-se presente em 0,08% do total de doadores daquele ano.

Dos 180 sujeitos incluídos na presente pesquisa, em relação ao sexo, foi observado que 75% são do sexo masculino, enquanto 25% são do sexo feminino. Enquanto entre os 19 sujeitos diagnosticados com sífilis adquirida, 79% são do sexo masculino, enquanto 21% são do sexo feminino.

Demonstra-se no Quadro 2 o perfil sócio demográfico dos doadores investigados.

Quadro 2 - **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS DOADORES INVESTIGADOS**

	DOADORES COM PRIMEIRA AMOSTRA POSITIVA PARA SÍFILIS (n=180)	DOADORES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA (n=19)
IDADE		
16 - 25	3%	5%
26 - 35	23%	37%
36 - 45	24%	42%
46 - 55	31%	16%
56 - 65	13%	0%
66 OU MAIS	6%	
RAÇA/COR		
NEGRA	3%	5%
BRANCA	39%	37%
PARDA	58%	58%

	DOADORES COM PRIMEIRA AMOSTRA POSITIVA PARA SÍFILIS (n=180)	DOADORES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA (n=19)
ESCOLARIDADE		
FUNDAMENTAL INC.	8%	11%
FUNDAMENTAL COMP.	23%	16%
MÉDIO	41%	53%
SUPERIOR	27%	11%
PÓS GRADUAÇÃO	1%	5%
ESTADO CIVIL		
SOLTEIRO	43%	68%
CASADO	46%	16%
DIVORCIADO	7%	11%
VIÚVO	1%	0%
OUTROS	3%	5%
PARCERIA SEXUAL		
ABSTINÊNCIA	8%	58%
OCASIONAL	12%	26%
FIXO	82%	11%
USO DE PRESERVATIVO		
NÃO	85%	79%
SIM	15%	21%
USO REGULAR	56%	0%
USO IRREGULAR	44%	100%

FONTE: O AUTOR (2015)

Dos 19 doadores diagnosticados, 5% apresentam idade entre 16 e 25 anos, 37% estão na faixa etária de 26 a 35 anos, 42% tem entre 36 e 45 anos, 16% estão entre os 46 e os 55 anos, nenhum caso foi encontrado nos doadores com 56 anos ou mais. Em comparação com os resultados encontrados nos doadores positivos na primeira amostra, as proporções diferem apenas na faixa etária entre 46 e 55 anos, que aqui apresenta menor prevalência do que a apresentada naquele grupo.

A média de idade encontrada entre a totalidade dos participantes do estudo foi de 44 anos, com idade mínima de 23 e máxima de 67 anos. Entre os doadores diagnosticados com sífilis adquirida, a média de idade foi de 37 anos, com idade mínima de 23 e máxima de 55 anos.

Dos 180 doadores pesquisados, 8% não completaram o ensino fundamental, 23% deles completaram o ensino fundamental, 41% tem o ensino médio completo, enquanto 27% cursaram o ensino superior completo e 1% declarou ter concluído o curso de pós-graduação.

Dos 180 investigados, 43% estão solteiros, 46% declararam-se casados, 7% divorciados, 1 % viúvo e 3% enquadraram-se na categoria 'outros' adotada pelo sist-hemo da FHB, que engloba todas as demais possibilidades de estado civil, incluindo-se a união estável.

Dos 180 sujeitos investigados, 8% declararam serem abstêmios sexuais no período do estudo, 12% afirmaram terem parceiras(os) sexuais ocasionais e, em sua maior parte, 82% afirmaram terem parceira fixa.

Essa variável ultrapassa o total de 100% em sua soma devido a alguns doadores (2%) que declararam ter parceira fixa, afirmarem que também tiveram parceiras ocasionais concomitantemente no período estudado.

Excluindo-se os doadores que declararam abstenção sexual no período, analisou-se assim o total de 165 doadores, dos quais 85% afirmaram não fazerem uso do preservativo, contra 15% que informaram usá-lo. Do grupo de 25 doadores que mantém o uso do preservativo, 56% o fazem regularmente, enquanto 44% o usam de maneira irregular.

O grande percentual de não uso do preservativo coincide com os doadores que informaram ter parceiro(a) fixo(a), demonstrando ser habitual abdicar da proteção de barreira promovida pelo método.

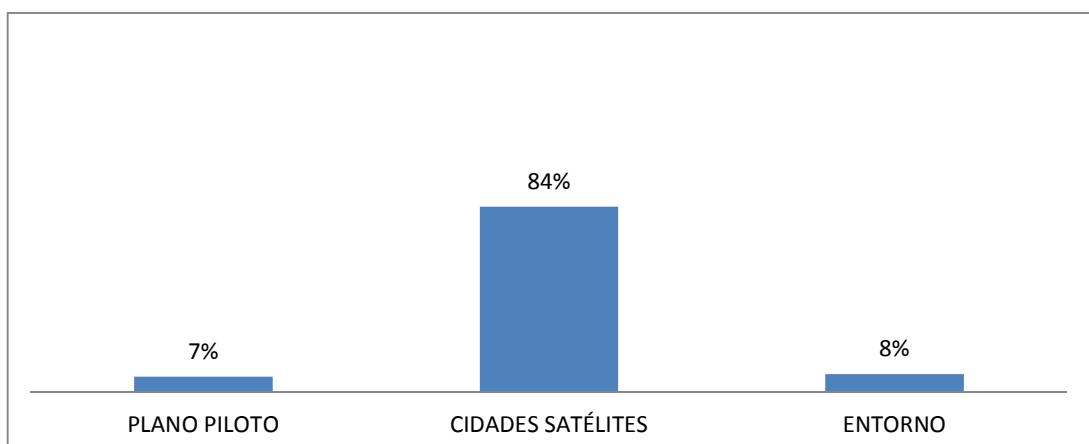


Gráfico 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS DOADORES COM PRIMEIRA AMOSTRA POSITIVA PARA SÍFILIS POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

FONTE: O AUTOR (2015)

Da totalidade dos doadores investigados, 7% residem no Plano Piloto, 84% tem sua moradia localizada nas cidades satélites, enquanto 8% são domiciliados em cidades do entorno, compreendidas dentro da RIDE.

Dos 180 doadores pesquisados, 15 residem no entorno do DF, sendo 40% da cidade Valparaíso, 13% de Planaltina, outros 13% de Águas Lindas, e 7% oriundos de uma das seguintes cidades: Cocalzinho, Cidade Ocidental, Luziânia, Novo Gama e Santo Antônio do Descoberto.

As demais cidades do entorno não foram contempladas nessa pesquisa. Os municípios que compõem a RIDE se interrelacionam em diversos aspectos, inclusive no que tange à doação de sangue. Pode-se observar no gráfico a participação dos moradores do entorno do DF no quantitativo de doações de sangue, assim como a inserção na complexidade inerente à detecção de doenças investigadas pelo serviço de hemoterapia.

**Quadro 3 -DISTRIBUIÇÃO DOS 19 DOADORES COM
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA POR LOCAL DE
RESIDÊNCIA**

LOCAL DE RESIDÊNCIA	DISTRIBUIÇÃO
PLANO PILOTO	10%
CANDANGOLÂNDIA	5%
CEILÂNDIA	5%
NÚCLEO BANDEIRANTE	5%
PLANALTINA	16%
SAMAMBAIA	10%
SANTA MARIA	10%
SOBRADINHO	10%
TAGUATINGA	21%

FONTE: O AUTOR (2015)

Dentre o total de doadores diagnosticados com sífilis (n=19), 10% era residente no plano piloto. Desses, 50% não retornou à FHB para resgatar o resultado da segunda amostra coletada, ou seja, não recebeu o diagnóstico da doença ou orientações quanto ao tratamento e referenciamento. Os outros 50% recebeu o resultado e as orientações pertinentes para dar prosseguimento ao tratamento, no entanto não se encontrou qualquer registro no *track care* de entrada para tal acompanhamento.

O local de moradia identificado dos demais sujeitos explicita-se a seguir: 5% moram na Candangolândia, outros 5% residem na Ceilândia, 5% habitam no Núcleo Bandeirante, 16% estão domiciliados em Planaltina, 10% tem sua moradia em Samambaia, 10% em Santa Maria, 10% tem residência em Sobradinho e por fim, 21% moram em Taguatinga.

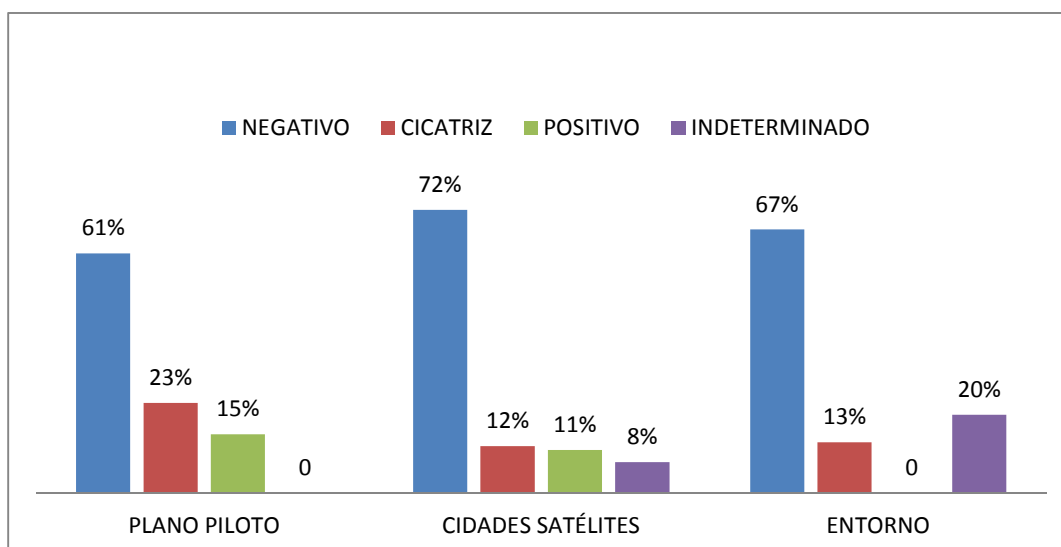


Gráfico 2 - RESULTADO DA INVESTIGAÇÃO CLÍNICO-SOROLÓGICA PARA SÍFILIS DOS DOADORES
 FONTE: O AUTOR (2015)

Do total de doadores investigados (n=180), 71% apresentaram a quimioluminescência positiva com baixa titulação e o VDRL negativo, caracterizando o diagnóstico de 'sífilis não reagente'. Esses doadores foram então orientados quanto ao resultado falso-positivo da quimioluminescência e dos motivos que levam a sua ocorrência.

Nessa pesquisa, 13% de todos os investigados apresentaram quimioluminescência associado ou não ao VDRL, ambos em baixa titulação, juntamente com história pregressa de sífilis tratada, caracterizando o diagnóstico de 'cicatriz sorológica de sífilis'. Esses doadores foram então orientados quanto ao resultado falso-positivo devido à história pregressa de infecção pelo *T. pallidum*, condição que se repetirá sempre que a testagem sorológica ocorrer, porém a cura obtida com o tratamento mantém-se.

Dos resultados, 11% da totalidade apresentaram quimioluminescência e VDRL positivos em alta titulação, alguns ainda com manifestações clínicas associadas, caracterizando o diagnóstico de 'sífilis adquirida'. Nenhum doador domiciliado no entorno apresentou esse resultado, presente em 15% dos residentes no plano piloto e em 11% dos que vivem nas cidades satélites. Esses doadores foram então orientados quanto ao resultado positivo para sífilis, e

encaminhados para dar continuidade ao acompanhamento na unidade de saúde mais próxima de suas residências.

Encontrou-se que 5% do total apresentou quimioluminescência de alta titulação, sem o resultado do VDRL associado. Esses doadores foram convocados para realizar exames de segunda amostra que auxiliassem na definição diagnóstica, no entanto eles não compareceram ao serviço para realizarem nova testagem, impossibilitando a conclusão dos casos. Por esse motivo, permaneceram com diagnóstico 'indeterminado', porém com importante inclinação para sua positividade.

Quando analisamos separadamente o Plano Piloto (n=13), as cidades satélites (n=152) e o entorno (n=15), encontramos os seguintes resultados:

Do total de doadores com primeira amostra reagente residentes no Plano Piloto (n=13), 61% apresentaram a quimioluminescência positiva com baixa titulação e o VDRL negativo, caracterizando o diagnóstico de 'sífilis não reagente'. 23% apresentaram quimioluminescência associado ou não ao VDRL, ambos em baixa titulação, juntamente com história pregressa de sífilis tratada, caracterizando o diagnóstico de 'cicatriz sorológica de sífilis'. 15% apresentaram quimioluminescência e VDRL positivos em alta titulação, alguns ainda com manifestações clínicas associadas, caracterizando o diagnóstico de 'sífilis adquirida'. Não houve casos de diagnóstico 'indeterminado' nessa amostra.

Quanto aos doadores que moram nas cidades satélites (n=152), 72% apresentaram diagnóstico de 'sífilis não reagente'. 12% apresentaram diagnóstico de 'cicatriz sorológica de sífilis'. 11% apresentaram diagnóstico de 'sífilis adquirida'. 8% apresentaram diagnóstico 'indeterminado' nessa amostra.

Entre os doadores do entorno (n=15), 67% apresentaram diagnóstico de 'sífilis não reagente'. 13% apresentaram diagnóstico de 'cicatriz sorológica de sífilis'. Não se evidenciou caso positivo para diagnóstico de 'sífilis adquirida'. A condição de diagnóstico indeterminado foi observada em 20% da amostra.

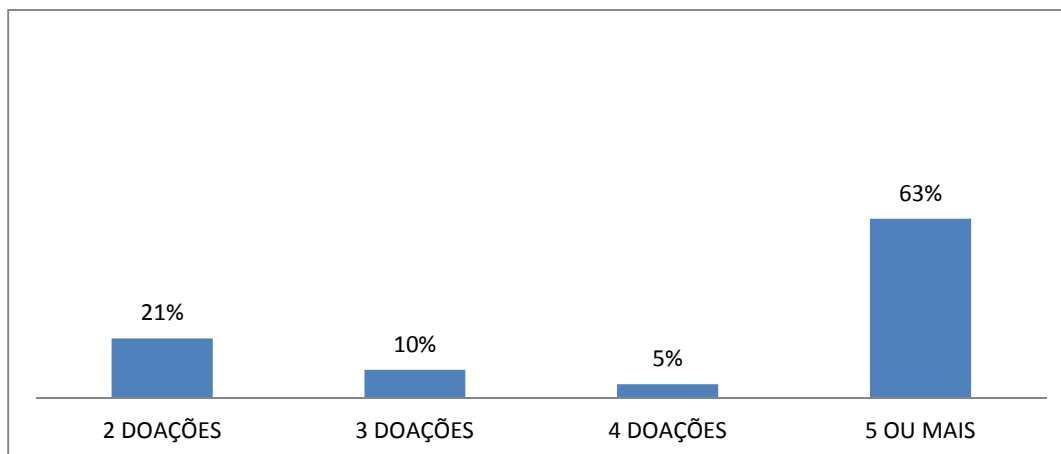


Gráfico 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS 19 DOADORES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA POR QUANTIDADE DE DOAÇÕES DE SANGUE
 FONTE: O AUTOR (2015)

Da totalidade de doadores com sífilis adquirida, 21% deles haviam realizado apenas 02 doações de sangue na FHB, 10% tiveram 03 doações efetivadas, 5% doaram por 4 vezes e, 63% deles realizaram 05 ou mais doações de sangue ao longo da vida, sendo que 5% ultrapassou 10 doações.

Todas as doações anteriores apresentaram resultado negativo investigação sorológica da sífilis.

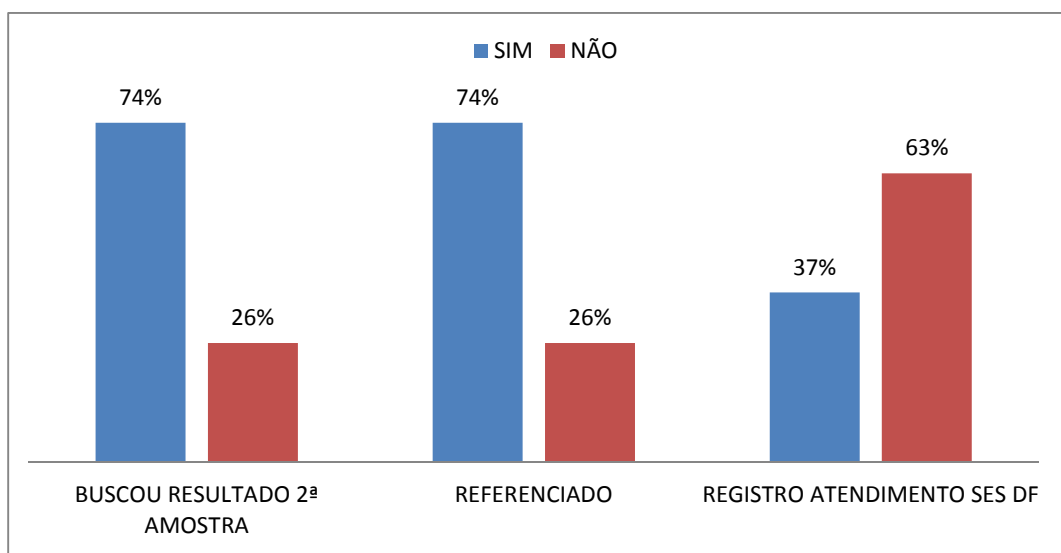


Gráfico 4 – INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO AOS 19 DOADORES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA
 FONTE: O AUTOR (2015)

Dos 19 doadores que apresentaram diagnóstico de sífilis, 74% retornaram à FHB para receber o resultado da segunda amostra coletada, nesse momento o profissional médico responsável pelo atendimento procedeu com as orientações pertinentes e encaminhamento para tratamento na rede-SUS do DF. No entanto, os outros 26% não retornou à instituição para tomar ciência da infecção instalada, consequentemente e provavelmente encontram-se sem o diagnóstico e/ou tratamento.

Assim, 74% dos doadores diagnosticados puderam ser referenciados para tratamento no centro de saúde mais acessível ao sujeito, enquanto os 26% que não retornaram para resgatar o resultado da investigação sorológica não deram à FHB a oportunidade de referenciá-los.

Do total de doadores diagnosticados, observou-se registro no sistema da rede-SUS do DF, o *track care*, referente ao seguimento no tratamento da sífilis em 37% dos casos, enquanto para os demais (63%) não se encontrou qualquer registro referente ao seguimento.

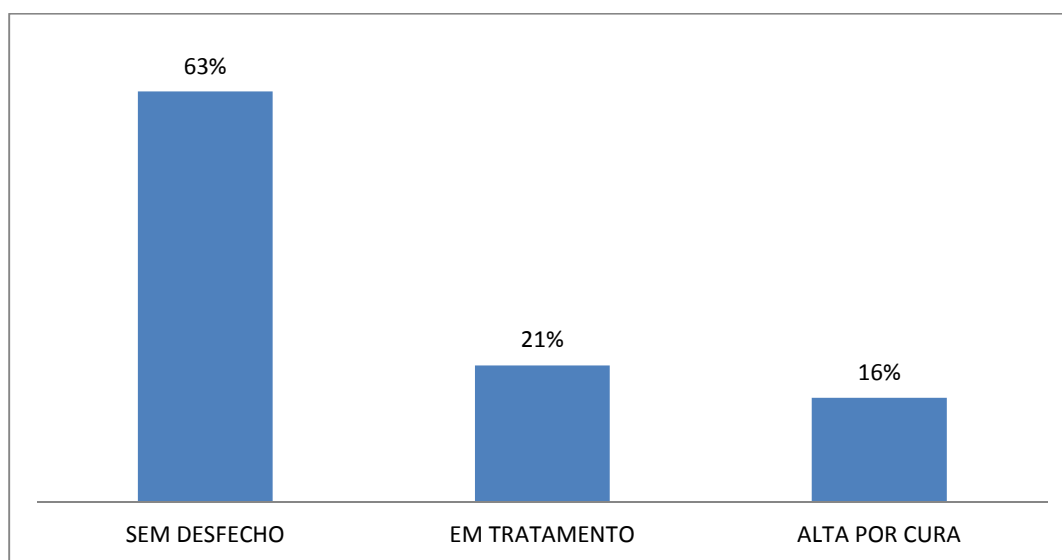


Gráfico 5 - DESFECHO DOS CASOS DOS 19 DOADORES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA
FONTE: O AUTOR (2015)

Do total de 19 doadores com diagnóstico de sífilis, em 63% dos casos não se encontrou o desfecho, isto seria possível se houvesse registro no sistema da

SES-DF do seguimento desses doadores até a cura, no entanto, para 63% do total não foi encontrado qualquer registro no *track care*, 21% encontra-se em tratamento para a doença e, 16% receberam alta por cura clínica e laboratorial.

6- DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo foi descrito o processo de monitoramento de uma amostra de doadores de sangue selecionada, na qual ocorreu o resultado reagente para as testagens sorológicas para sífilis, com o intuito de aprofundar conhecimentos a respeito do perfil dessa população, assim como observar a efetivação do tratamento para o qual esse grupo foi referenciado.

Há maior prevalência de casos confirmados positivos no sexo masculino. Lhomond (1999) advoga que há profundas diferenças sobre o que é socialmente possível para cada sexo. A autora aborda a concepção da sexualidade como um conjunto de leis, costumes, regras e normas variáveis no tempo e espaço, que reflete o pensamento social sobre a mesma, além da maneira que a mesma é controlada e organizada pela sociedade.

Quanto aos resultados encontrados para a variável sexo, uma pesquisa ocorrida no México na década de 90 com 410 casos investigados com pessoas entre 15 e 45 anos, identificou 80% de homens infectados e 20% de mulheres positivas, resultado que vai ao encontro do que foi encontrado no presente estudo. (LEITNER; KORTE; BRAGA, 2007)

No estudo de Machuca et al (2009), os autores afirmam, que a proporção de homens aceitos para doação é maior que a de mulheres assim, este predomínio resulta em uma prevalência maior de doadores masculinos infectados. Se a porcentagem de doadores masculinos e femininos fosse semelhante, a brecha dessas prevalências cessaria, encontrando um equilíbrio.

O fato apontado no estudo de Machuca et al (2009) pode ser reportado para a FHB onde também é evidente a maior prevalência de doadores homens em detrimento da quantidade de doadoras.

Visto que a pesquisa clarifica uma alta proporção entre os homens, é importante ainda, tecer a análise de que a política para a eliminação da sífilis na gestação e congênita não pode considerar em segundo plano a infectividade

masculina, pois são eles que infectam suas parcerias sexuais e, por vezes, reinfectam as mesmas após terem realizado tratamento adequado. A resolutividade para esse problema depende de uma abordagem do casal dando-se o mesmo nível de importância a ambos.

Corroborando a análise tecida anteriormente, Muricy e Pinto Junior (2015) destacam a importância de uma abordagem mais ativa dos serviços de saúde na educação dos parceiros, constando que depender exclusivamente de um dos membros do casal pode minar as estratégias de prevenção.

A idade permitida para doação de sangue ou componentes, de acordo com a Portaria Ministerial que regulamenta os serviços de hemoterapia, inicia-se aos 16 (dezesseis) anos completos – com a autorização do responsável legal reconhecida em cartório ou presencial - e encerra-se aos 69 (sessenta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. (BRASIL, 2013)

A ocorrência de casos demonstrou ser maior em faixas etárias mais avançadas, diferenciando-se de estudos com grupos populacionais diferentes e também de outros estudos com doadores de sangue positivos para sífilis, os quais evidenciaram maior maiores proporções em faixas etárias menores (ORANICE, 2007).

Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), o conceito de determinantes sociais em saúde englobam os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. São as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

Nesse contexto, comportamentos sexuais de risco são os elementos fundamentais no aumento da probabilidade desenvolvimento de DSTs. Assim, o número de parceiros sexuais, má gestão de informação adequada sobre sexualidade, conhecimento insuficiente sobre a possibilidade de infecção são fatores que afetam o contágio. (VILLEGAS et al, 2008)

Torna-se importante destacar o fato de a maior parte dos doadores do presente estudo ter declarado manter parceria fixa, sem uso de preservativo, o que denota aumentado da vulnerabilidade na transmissão de IST como a sífilis.

A constatação do não uso de preservativo pelos sujeitos que declararam ter parceria sexual fixa, foi semelhante ao identificado no estudo de Albuquerque et al (2014). Identificou-se ainda que, apenas um caso de doador homossexual entre os diagnosticados com sífilis adquirida (5%), 02 casos de outra DST associada presente (10%), sendo herpes genital a segunda DST presente nas duas ocorrências.

O estudo desenvolvido por Albuquerque et al (2014) em um presídio pernambucano, constatou que a soropositividade para sífilis apresentou uma associação estatisticamente significativa com fatores relacionados à vida sexual, relacionamento homossexual, uso de preservativos e outras DSTs. Eles identificaram uma relação inversa acerca do uso de preservativo e seu conhecido efeito protetor, em que os indivíduos que não realizavam uso do preservativo, tinham parceira fixa reduzindo assim, a taxa de infecção entre eles.

A Portaria Ministerial que regula os serviços de hemoterapia, declara que compete ao serviço de hemoterapia: convocar e orientar o doador com resultados de testes reagentes (positivo ou inconclusivo), encaminhando-o a serviços assistenciais para confirmação do diagnóstico e/ou acompanhamento e tratamento. (BRASIL, 2013)

Caso o doador com resultados de testes reagentes (positivo ou inconclusivo) não compareça para a coleta de segunda amostra e/ou orientações, o serviço de hemoterapia deverá comunicar ao órgão de vigilância em saúde competente. (BRASIL, 2013).

Em relação aos testes laboratoriais, os resultados ratificaram a importância de se utilizar mais de um teste diagnósticos para a determinação da doença (VDRL e Quimioluminescência), assim como preconiza a OMS (BRASIL, 2014), tendo em vista as diferentes sensibilidades dos testes que, quando associados à história clínica possibilitam maior segurança na definição dos casos e condutas.

Dos sujeitos diagnosticados com sífilis adquirida, 79% são do sexo masculino, enquanto 21% são do sexo feminino, aumentando o abismo já apresentado entre os doadores masculinos e femininos com primeira amostra

positiva, reforçando ainda mais as considerações já expostas quando da análise do sexo naquele grupo.

Os dados relativos à quantidade de doações realizadas pelos doadores diagnosticados com sífilis adquirida têm importância ao passo que, quanto mais o candidato realiza doações de sangue, mais se adquire informações relativas aos critérios de doação de sangue e da importância de prevenir-se de possíveis comportamentos de risco para a inabilitação do sangue para uso em transfusão heteróloga. Habitualmente observa-se que o doador de repetição adota hábitos de vida mais saudáveis e compatíveis com a garantia da qualidade da sua saúde e conseqüentemente do sangue que deseja doar.

O estudo de Oranice (2007) encontrou percentuais inversamente proporcionais em relação à quantidade de doações, descrevendo maior incidência de sorologias prevalentes em doadores de primeira vez (59,4%), em detrimento dos que realizaram de 02 a 03 coletas (24,5%) ou 04 doações ou mais (16,1%).

A maior quantidade de perda amostral entre indivíduos moradores do entorno deve-se provavelmente ao fato de os doadores morarem mais distantes da FHB, dificultando a vinda destes para a coleta da segunda amostra de sangue que possibilitaria definir melhor a situação sorológica dos indivíduos com resultado de exame inconclusivo. A dificuldade logística nesses casos prejudicou o diagnóstico mais preciso e a efetivação do compromisso institucional de orientação e encaminhamento para tratamento.

O desfecho esperado para cada caso identificado é que a partir da identificação do agravo consegue-se captar esses doadores para realizarem coleta da segunda amostra confirmatória; na sequência, garantir que eles retornem à instituição para resgatar o resultado do exame, por vezes positivos e demandantes de seguimento e tratamento da doença instalada. Por último que esses doadores, agora pacientes atendidos na Rede-SUS do DF deem prosseguimento adequado ao seu tratamento até a obtenção da cura clínica e laboratorial. No entanto essa não é a realidade evidenciada na maior parte dos casos identificados e investigados pelo presente estudo.

Pôde-se evidenciar dados preocupantes de baixa procura dos doadores quando convocados via postal a comparecem à FHB para realizarem coleta de segunda amostra e também, para buscarem o resultado dessa nova coleta. Assim comose detectou também a baixa procura pelo tratamento após o encaminhamento da FHB.

A detecção precoce oportunizada pela testagem sorológica no ato da doação de sangue, permite identificar casos novos em pessoas ainda assintomáticas em sua maioria, proporcionando a oportunidade de realizar tratamento precoce, reduzir a taxa de transmissão da doença e impedir a instalação das sequelas que ocorram devido à progressão crônica sem a devida intervenção terapêutica.

Nem todos os casos foram tratados em conformidade com o que preconiza o Ministério da Saúde. A sífilis, apesar de possuir métodos diagnósticos adequados e tratamento simples e de baixo custo, ainda é uma doença de frequência expressiva na população nos dias atuais e, quando não diagnosticada e tratada corretamente, aumentam a risco de infectar novos contactantes sexuais dos casos, aumentando o risco da transmissão vertical e das sequelas irreversíveis da doença. (NADAL e FRAMIL, 2007)

O estudo apresentou limitação quanto ao esclarecimento das causas que levaram os doadores diagnosticados a não retornarem à FHB para tomar ciência do resultado dos exames realizados assim como a não procura do tratamento por eles na rede SUS do DF.

Entraves à efetivação do seguimento dos doadores e tratamento para sífilis foram observados em todas as etapas dos processos envolvidos na problemática em questão, desde a não procura do doador para realizar coleta de novas amostras a partir da convocação feita pela FHB; no caso de ter havido essa procura, o não retorno para conhecer os resultados da segunda amostra; nos casos orientados e encaminhados houve os que não buscaram atendimento na rede-SUS e ainda; os que iniciaram o acompanhamento, porém não há registros de término do tratamento. Poucos foram os casos que alcançaram o desfecho almejado – a cura através do tratamento. Ou seja, oportunidades perdidas de

tratar e curar casos novos e romper com a cadeia de transmissão nessa parcela da população.

A pesquisa de Melo et al. (2012) analisando a entrega de resultados de exames sorológicos para HIV e outras IST em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), destacou que a proporção de retorno para busca dos resultados de exames HIV/IST foi de 79,6%. Os resultados encontrados na pesquisa de Melo et al são semelhantes aos encontrados no estudo ora desenvolvido.

Assim como observado na presente investigação, também observou-se no estudo desenvolvido por Oranice (2007) com doadores de sangue reagentes para as testagens sorológicas realizadas no Hemocentro de Ribeirão Preto que, dos 403 doadores bloqueados na triagem sorológica e convocados para comparecerem para orientação e coleta de nova amostra, 20,1% não compareceram; 72% compareceram e submeteram-se à coleta da segunda amostra, destes, 35% tiveram a confirmação sorológica da infecção.

Pode-se inferir que existe uma média esperada de pessoas que de fato não darão continuidade ao seu autocuidado, desde o início, deixando de tomar conhecimento do resultado da infecção em investigação, até nas demais etapas, nas quais também pôde-se evidenciar uma baixa procura pelo tratamento e acompanhamento até o alcance da cura.

Essa realidade também foi observada no estudo de Swarcwald et al (2007), que analisou 16.158 parturientes. Segundo a situação relativa à realização dos testes de sífilis no pré-natal, observa-se que 75,1% das gestantes apresentaram pelo menos um resultado reagente para sífilis, na ocasião da internação para o parto, mas apenas 16,9% apresentaram os resultados dos dois testes; 11,8% tinham o cartão de pré-natal, mas não tinham nenhum resultado de sífilis. A proporção de 75,1% foi considerada como a cobertura do primeiro teste de sífilis na gestação e 16,9% a cobertura dos dois testes de sífilis no pré-natal.

O modelo assistencial em rede do DF ainda padece de adequada referência e contra-referência, o que pôde ser observado na presente pesquisa.

O doador diagnosticado foi referenciado, mas em nenhum momento houve o monitoramento desse casos e, muito menos observou-se algum tipo de contra-referência que contribuísse para o estabelecimento de uma efetiva vigilância em saúde desses casos.

Provavelmente o resultado de baixos registros de procura da rede-SUS, evidencia a não procura da rede para dar continuidade ao tratamento, mas não se pode deixar de aventar a possibilidade dessas pessoas terem optado por buscar atendimento na rede privada de saúde, na qual não temos a menor possibilidade de rastrear para identificar a procura pela continuidade do acompanhamento do agravo.

Há ainda o viés de registro que pode estar presente nesses casos, pois não é sabido se todo profissional que atua no atendimento dessa demanda tem o hábito e o compromisso de realizar os registros dos atendimentos efetuados no prontuário eletrônico. A possibilidade de falhas no registro e de atendimento em unidades privadas, comprometem o monitoramento realizado pelo estudo, seu resultado e a possibilidade de generalização e aplicação comparativa com outros grupos.

Pôde-se identificar algumas situações de vulnerabilidade para a ocorrência do contágio da sífilis, dentre elas destacam-se: o estado civil, com importante prevalência de doadores solteiros e também os que declararam parceria fixa porém com relato de parcerias sexuais ocasionais concomitantes; a baixa prevalência do uso de preservativo; o autocuidado prejudicado evidenciado pela baixa continuidade do tratamento e; o pequeno percentual de casos que alcançaram o desfecho cura.

A avaliação de comportamentos de risco é um instrumento crítico para que os profissionais de saúde possam averiguar as necessidades de cuidados garantindo o acesso ao tratamento e a prevenção. Urgem intervenções que abordem situações de risco na vida, contribuindo para a capacidade dos pacientes tomarem decisões informadas sobre sua saúde sexual (GUIMARAES et al., 2010).

Acredita-se que o doador de sangue, seja um grupo populacional com menor vulnerabilidade às IST pois, infere-se que o mesmo apresenta um auto

cuidado aumentado, por conhecer os critérios adotados para a doação de sangue aos quais precisa enquadrar-se, um padrão de comportamento que adota hábitos de vida mais saudáveis. Esse fato justificaria uma menor incidência de casos diagnosticados quando comparado a outros grupos populacionais mais vulneráveis.

O fato de não haver muitos estudos comparativos, prejudica em certa medida o enriquecimento de uma análise que abranja a totalidade do trabalho, levando à necessidade de uma análise pontual para cada aspecto encontrado, na busca de estudos que apresentem alguma semelhança e permitam a comparação. Além disso, faz-se necessário lançar mão de livros como literatura de apoio às discussões.

Corroborando com o que foi constatado a partir da pesquisa bibliográfica que embasa a presente pesquisa, o estudo de Campos et al. (2008) ao analisar a prevalência de infecção por HIV, sífilis e hepatites B e em portadores de transtorno mental grave, concluiu que a prevalência dessas infecções ainda não está claramente estabelecida, pois a maioria dos estudos sobre o tema foi realizado em países desenvolvidos e com amostras pequenas.

O considerável ineditismo da pesquisa, visto que não se encontrou outro estudo anterior que tenha se preocupado em realizar a vigilância epidemiológica dos casos de sífilis diagnosticados em um serviço de hemoterapia e referenciados à rede pública de saúde, tem-se por certo que, contribuirá a uma área de conhecimento na qual se evidenciaram diversas lacunas que prejudicam o entendimento dos processos estabelecidos entre a detecção, diagnóstico, referência, busca pelo atendimento, tratamento e acompanhamento, seus possíveis problemas e o planejamento e implementação de possíveis soluções.

O sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento. (WHITE, 1980)

A informatização dos serviços de saúde pública e seu efetivo uso pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência e atendimento aos usuários do serviço, assim como o aproveitamento dos dados armazenados para a realização de pesquisas científicas, proporcionam agilidade na obtenção de dados retrospectivos. A sensibilização e capacitação dos profissionais para tal feito faz-se indispensável para a efetividade do processo de informatização que reflita na melhoria prática dos níveis de saúde dos cidadãos. (CAVALCANTE et al, 2015; BRASIL, 2013; MORAES e GOMES, 2007; BRANCO, 1996)

A interface entre as informações de sistemas diferentes, mas que atendem a um mesmo grupo populacional, garantem uma interlocução contínua contribuindo para o acompanhamento de determinadas questões de saúde em diversos níveis de complexidade de forma dinâmica e eficiente. Há muitos desafios para sua implementação e legitimação, no entanto estes esforços potencializarão a capacidade resolutiva da assistência à saúde. (CAVALCANTE et al, 2015; BRASIL, 2013; MORAES e GOMES, 2007; BRANCO, 1996)

Noutras palavras, a informatização em saúde permite identificar problemas e oportuniza o pensar nas possíveis soluções para a melhoria da qualidade do atendimento prestado e da sua eficiência, gera conhecimento e garante maior equidade, integralidade e humanização, contribuindo sobremaneira nos níveis de saúde da população. (CAVALCANTE et al, 2015; BRASIL, 2013; MORAES e GOMES, 2007; BRANCO, 1996)

Importante desdobramento para abordagem mais precisa destas questões, seria a realização de um inquérito com os sujeitos da presente pesquisa, para que se possa ter um completo panorama da teia de acontecimentos, percepções e atitudes que envolvem a problemática então apresentada.

Concordando com o que dizem Souza e Contandriopoulos (2004), a pesquisa em saúde contribui para o desenvolvimento dos serviços de saúde, pois seus resultados são argumentos técnicos úteis aos diversos atores da saúde.

Espera-se que os achados apresentados sobre a sífilis e a heterogeneidade no desfecho dos casos acompanhados possam impulsionar

ações de saúde pública, com elaboração de medidas voltadas para o controle desse agravo, visando minimizar a morbidade e subsidiar a realização de novos estudos que aprofundem o conhecimento na área.

A partir da identificação dos principais problemas agrupados dentro da temática pesquisada, é possível traçar estratégias que possam contribuir para minimizar a disseminação da sífilis, seu controle e quiçá sua eliminação, através de atividades preventivas, educativas, de garantia da melhoria do acesso a informações a aos serviços de saúde necessários e de monitoramento dos casos através da vigilância epidemiológica deles.

Atenta-se para o fato de que seria necessário estabelecer estratégias de monitoramento contínuas aos doadores de sangue positivados em alguma sorologia nos serviços de hemoterapia, garantindo o acompanhamento desse grupo populacional, com a consequente redução dos casos não tratados e alcance da cura.

Portanto, a menor quantidade de casos identificados nos hemocentros torna mais viável desenvolver o monitoramento proposto a partir de esforços da gestão dos serviços de hemoterapia. Os principais resultados esperados com essa prática são: reduzir o número de oportunidades não aproveitadas para diagnóstico de casos novos, prosseguimento com o referenciamento e, a partir da implementação de um acompanhamento regular, contribuir com a produção de dados estatísticos sobre a sífilis, tão escassos na atualidade.

Citando Ávila e Gouveia (1996) ao afirmarem que, quem decide sobre a cidadania da pessoa assistida é o profissional que atende e o faz com base nos seus próprios princípios morais, faz-se a reflexão de que a prática do profissional comprometido em prestar a melhor assistência e em desenvolver uma gestão qualificada, permite que seus feitos repercutam na dignidade do sujeito alvo de seu trabalho. Na mesma medida em que um trabalhador/gestor em saúde sem comprometimento interfere diretamente na precarização da assistência e baixa resolutividade das questões de saúde da população.

As decisões relativas às questões éticas suscitadas pela medicina, pelas ciências da vida e pelas tecnologias que lhes estão associadas podem ter

repercussões sobre os indivíduos, as famílias, os grupos ou comunidades e sobre a humanidade em geral. Portanto, a sensibilidade moral e a reflexão ética devem fazer parte integrante do processo de desenvolvimento científico e tecnológico. Torna-se mister desenvolver novas formas de responsabilidade social que assegurem o progresso científico e tecnológico sem prejuízo à justiça e à equidade (UNESCO,2005).

O incentivo a pesquisas institucionais dessa natureza deve ser estimulado e apoiado pelos gestores locais, tornando possível e ao alcance das mãos a identificação de questões e processos internos que podem ser aprimorados para atender-se ao maior objetivo de qualquer entidade pública de saúde: servir à população com qualidade e resolutividade nas demandas emergentes e persistentes de saúde, como é o caso da sífilis adquirida.

Esses desafios se inserem exortando o compromisso no estabelecimento de um pacto ético de solidariedade na problemática da atenção à saúde em um amplo movimento voltado para manter a esperança na efetividade e resolutividade do SUS. (MORAES e GOMES, 2007)

7- CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu traçar o perfil epidemiológico dos doadores de sangue com sorologia positiva para a sífilis. Demonstrou-se, na maior parte de suas variáveis, padrões semelhantes ao encontrados na literatura.

Foi possível identificar a escassez de informações e as lacunas existentes para o adequado segmento da assistência aos doadores acometidos pela sífilis na rede SUS do DF, impossibilitando conclusões generalizáveis.

A partir dos resultados encontrados na pesquisa, foi possível constatar a dificuldade encontrada em todas as etapas do processo, em efetivar o protocolo de tratamento e acompanhamento para a sífilis dos sujeitos da pesquisa na rede-SUS do DF, alcançando um percentual mínimo de doadores referenciados que conseguiram alcançar o desfecho cura esperado.

Assim, é plausível concluir que o recorte populacional ora investigado demonstrou que o monitoramento dos casos positivos para sífilis na rede de atenção à saúde do DF é deficitário.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque ACC, Silva DM, Rabelo DC, Lucena WAT, Lima, PCS, Coelho, MRCD, Tiago, GGB. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2014; 19:2125-2132.

Andrade ALSS, Martelli CMT, Pinheiro ED, Santana CL, Borges FP, Zicker F. Rastreamento sorológico para doenças infecciosas em banco de sangue como indicador de morbidade populacional. *Rev Saude Pública, São Paulo* 1989; 23.

Avelleira JCR, Bottino V. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* 2006; 81:111-26.

Azevedo LKA, Fernandes PSG, Silva DGKC, Neto MJB, Queiroz MGL, Dantas VCR et al. Characterization and correlation of prozone phenomenon with seroreactivity and indirect immunofluorescence in sero from patients with syphilis. *RBAC*, 2006; 38:183-187.

Benzaken AS. Detecção de sífilis adquirida em comunidades de difícil acesso da região amazônia: desafio a ser superado com a utilização dos testes rápidos. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2009.

Branco MAF. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cad Saúde Públ, Rio de Janeiro*, 1996; 12:267-270.

Brasil. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde e seu Plano Operativo. Nota Técnica nº43 de 28 de outubro de 2013. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: MS, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.712 de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Brasília:MS, 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia de inspeção sanitária em serviços de hemoterapia. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Sangue+Tecidos+e+Orgaos/Assunto+de+Interesse/Inspecao/Guia+de+Inspecao+Sanitaria+em+Servicos+de+Hemoterapia>>, acessado em 23/05/2013a.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, Ano I - nº 1, MS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.472 de 31 de agosto de 2010: Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. (Série TEELAB). Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Brasília: MS, 2010b.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília: Anvisa, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: MS, 2005.

_____. RDC nº151 de 21 de agosto de 2001. Aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Brasília, 2001. BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007; 17:77-93.

Callegari FM. Prevalência de sífilis em pacientes com HIV/AIDS atendidos em serviço de atendimento especializado em Vitória, ES. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, 2011.

Campos LN et al. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2008; 24.

Carrara S. The symbolic geopolitics of syphilis: an essay in historical anthropology. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, 1997; 3:391-408.

Carrara S. Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996.

Cavalcante RB, Kerr-Pinheiro MM, Guimarães EAA, Miranda RM. Panorama de definição e implementação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2015; 31:960-970.

Centurion-Lara A, Castro C, Shaffer JM, Voorhis WCV, Marra CM, Lukehart SA. Detection of *Treponema pallidum* by a sensitive reverse transcriptase PCR. *Journal of Clinical Microbiology*, 1997; 35: 1348–1352.

Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. 3 ed rev e ampl: Atlas, São Paulo, 2007.

Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26 ed Vozes: Petrópolis, Rio de Janeiro, 2007.

Ferreira AW, Ávila SLM. Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e auto-imunes, 1996.

Freyre G. Casa Grande e Senzala. Ed Record: Rio de Janeiro, 2000.

Garcia FLB. Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no Estado de Goiás. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, 2009.

Giacani L, Lukehart SA. The endemic treponematoses. Clin Microbiol Reviews, 2014; 27.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed Atlas: São paulo, 2002.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed Atlas: São paulo, 2008.

Gois SM et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Ciênc saúde coletiva, 2012; 17.

Guimarães MDC et al. HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. Rev Bras Psiquiatr, São Paulo, 2010; 32.

Harper KN, Ocampo PS, Steiner BM, George RW, Silverman MS, Bolotin S et al. On the origin of the treponematoses: a phylogenetic approach. Plos Neglected Trop Diseases, 2008, 2.

Jiménez RAR. Transmisión de infecciones bacterianas y parasitarias por transfusiones de sangre y sus componentes. Ed Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter, 2008; vol. 24.

Lafond RE, Lukehart SA. Biological basis for syphilis. Clin Microbiol Rev, 2006; 19: 29- 49.

Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. Clin Microbiol Rev, 1995; 8: 1–21.

Leitner RMC, Korte C, Braga ME. Historia del tratamiento de la sífilis. Ed Rev Argent Dermatol, 2007, 88:6-19.

Lemos EA. Industrialização e avaliação do método western blotting – WB Tp-Igg – como confirmatório na Sorologia da Sífilis. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

Lhomond B. Sexualidade e juventude na França. Heilborn ML (Org), Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1999.

Lopes MAS. A “Intoxicação Sexual” do Novo Mundo: sexualidade e permissividade no livro Casa-Grande e Senzala. Revista Mediações, Londrina, 2003; 8.

Lynn WA, Lightman S. Syphilis and HIV: a dangerous combination. Lancet Infect Dis, [S.l.], 2004; 4:456–466.

Machuca JJS, Rios EV, Rodrigues LG et al. Detección de anticuerpos circulantes en donantes de sangre en México. Ed Rev Panam Salud Publica, 2009, 26.

Mann CG, Oliveira SB, Oliveira CSS. Guia para profissionais de saúde mental, sexualidade e DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia: IFB, 2002.

Matejkova P, Strouhal M, Smajs D, Norris SJ, Palzkill T, Petrosino JF et al. Complete genome sequence of *Treponema pallidum* ssp. pallidum strain SS14 determined with oligonucleotide arrays. BMC Microbiol, 2008; 8.

Melo APS, Mckinnon K, Wainberg ML, César CC, Guimarães MDC. Devolução dos resultados de exames sorológicos de HIV/IST entre pacientes psiquiátricos nos serviços de saúde mental. Rev Saúde Pública, 2012; 46: 290-299.

Minayo MCS (Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21 ed Vozes, Petrópolis, RJ, 2002.

Moraes IHS, Gomes MNG. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. Rev Ciência e Saúde Coletiva, 2007; 12:553-565.

Muricy CL, Pinto Junior VL. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2015; 48:216-219.

Nadal SR, Framil VMS. Interpretação das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis. Rev bras Coloproct, 2007; 27.

Olinto MTA. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. Rev Bras Epidemiol, 1998; 1.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections. Genebra, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Genebra, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. Department of HIV/AIDS, OMS: Genebra, 2001.

Oranice, F. Estudos de doadores de sangue com sorologia reagente para hepatites B, C, HIV, sífilis no Hemocentro de Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, São Paulo, 2007.

Pimentel A. O método de análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. Cadernos de Pesquisa, 2001; 179-195,.

Arze WNC, Passos MRL. Distribuição temporal dos diagnósticos de gonorreia, sífilis e tricomoníase em uma clínica de dst em Niterói – RJ: o carnaval . Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ, 2008.

Piana MC. A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional. Cultura Acadêmica, UNESP, São Paulo, 2009.

Qiua X, Zhanga Y, Chena Y, Zhanga Q, Chenb F, Liuc L, Fana J et al. Evaluation of the boson chemiluminescence immunoassay as a first-line screening test in the ECDC algorithm for Syphilis serodiagnosis in a population with a high prevalence of syphilis. J Clin Microbiol, 2015; 53.

Rothschild BM. History of Syphilis. Clin Infect Dis, 2005; 40.

Rotta O. Diagnostico sorológico da sífilis. An Bras Dermatol, 2005; 80: 299-302.

Sáez-Alquézar A, Albieri D, Garrini RHC, Marques WP, Lemos EA, Alves A. Desempenho de testes sorológicos para sífilis, treponêmicos (Elisa) e não treponêmicos (VDRL e RPR), na triagem sorológica para doadores de sangue – confirmação dos resultados por meio de três testes treponêmicos (FTA Abs, Wb e TPHA). Revista de Patologia Tropical, 2007; 36:215-228.

Saraiva JCP. A história da hemoterapia no Brasil. Rev bras hematol hemoter, 2005; 27:153-158.

Singh AE, Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Rev Clin Microbiol, 1999; 12:187-209.

Soares G, Eranilde L, De Freitas F, Henry A, Hannaoui R, Erika J et al. Prevalencia de enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea em donantes que asisten al banco de sangre del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Estado Sucre. Kasmera, 2007; vol 35.

Soares AHR, Moreira MCN, Monteiro LMC. Jovens portadores de deficiência: sexualidade e estigma. Ciência e Saúde Coletiva, 2008; 18: 185-194.

Souza EM. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. An Bras Dermatol, 2005; 80: 547-548.

Souza LEPP, Contandriopoulos AP. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004; 20: 546-554.

Souza-Júnior PRB. Detecção da infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2004; 38: 764-772.

Stamm LV. Global challenge of antibiotic-resistant treponema pallidum. antimicrobial agents and chemotherapy, 2010; 54:583–589.

SUDECO. Superintendência de Desenvolvimento do Distrito Federal. RIDE-DF. Disponível em <<http://www.sudeco.gov.br/ride-df>>, acesso em 20 de maio de 2015.

Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda A, Paz LC. Resultados do Estudo-Sentinela Parturiente, 2006: Desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. J bras Doenças Sex Transm, 2007; 19.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Portugal, UNESCO, 2005.

White KL. Information for health care: an epidemiological perspective. Inquiry – The Journal of Health Care Organization, Provising and Financing, 1980; 17: 296-312, 1980.

Vieira S, Hossne WS. Metodologia científica para a área da saúde. Elsevier, Rio de Janeiro, 2001.

Villegas RP, Molares AC, Sanhueza M et al. Comportamiento sexual y factores biodemográficos asociados a transmisión sexual. Rev Cubana Obstet Ginecol, 2008; 34.

Zwarcwald CL et al. HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102->

311X2011001300003&pid=S0102-11X2011001300003&pdf_path=csp/v27s1/03.pdf>.
Acesso em: 03 jun. 2015.

9- APÊNDICE

9.1 – Formulário de Levantamento dos Dados

GÊNERO:

MASCULINO () FEMININO ()

IDADE:

16 – 25 () 26 – 35 () 36 – 45 () 46 – 55 () 56 – 65 ()

RAÇA:

NEGRA () AMARELA () BRANCA ()

ESCOLARIDADE:

FUND. INC. () FUND. COMP. () MÉD. INC. () MÉD. COMP. () SUP. INC. () SUP. COMP. ()
PÓS-GRAD. INC. () PÓS-GRAD. COMP. ()

ESTADO CIVIL:

SOLTEIRO () CASADO () UNIÃO ESTÁVEL () DIVORCIADO ()

OCUPAÇÃO:

LOCAL DE RESIDÊNCIA:

PERFIL DE DOADOR:

PRIMEIRA VEZ () ESPORÁDICO () REPOSIÇÃO () FIDELIZADO ()

PARCERIO SEXUAL:

ABSTINÊNCIA () OCASIONAL () FIXO ()

USO DE PRESERVATIVO:

NÃO () SIM () REGULAR () IRREGULAR ()

EXAMES :

1ª AMOSTRA: QUIMIO () VDRL () DATA:

2ª AMOSTRA: QUIMIO () VDRL () DATA:

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA:

NÃO () SIM () QUAL (IS):

REFERENCIADO PARA TRATAMENTO:

SIM () NÃO ()

REGISTRO DE TRATAMENTO (TRACK CARE):

NÃO () OBS:

SIM () OBS:

DESFECCHO:

CURA ()

CONTINUIDADE DO TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO ()

ABANDONO DO TRATAMENTO ()

ÓBITO () OUTROS ()

OBS:

10- ANEXOS

10.1 - Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SEGUIMENTO DE DOADORES DE SANGUE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA SÍFILIS NA REDE-SUS DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: Luciana Farias de Miranda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46178115.4.0000.5558

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.148.764

Data da Relatoria: 29/07/2015

Apresentação do Projeto:

O objeto deste estudo é o segmento dos doadores de sangue que apresentam resultado de exame positivos para sífilis, referenciado pela Fundação Hemocentro de Brasília para dar continuidade ao acompanhamento de saúde na rede-SUS. O Hemocentro coordenador do Distrito Federal deparase diariamente com doadores de sangue que apresentam sorologias e exames de segunda amostra positivos para algumas das doenças investigadas na triagem sorológica. Após prestar todos os esclarecimentos e orientações ao usuário, procede-se ao encaminhamento, para dar continuidade ao acompanhamento de saúde na rede-SUS.

Contudo, não é conhecido se esse doador consegue efetivar o protocolo de tratamento e acompanhamento na rede-SUS, os possíveis motivos da não efetivação dessas etapas e as dificuldades encontradas pelos pacientes para tal. Entende-se o papel do Hemocentro coordenador não apenas para captar doadores, coletar sangue e distribuir racionalmente os hemocomponentes, mas também, com o compromisso e responsabilidade de prestar assistência e referência primária ao doador que apresente um complicador como o que trata o presente estudo. O objetivo principal do estudo é identificar se o doador de sangue que apresenta resultados de exames positivos para sífilis, referenciado pela Fundação Hemocentro de Brasília para dar continuidade ao tratamento na rede-SUS, consegue efetivar este protocolo de atendimento a sua

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

Continuação do Parecer: 1.148.764

demanda de saúde. O estudo será descritivo a partir da análise de dados secundários existentes nos sistemas informatizados da Fundação Hemocentro de Brasília (Sist-hemo) e da Secretaria de Estado de Saúde (Trakcare). A amostra será composta pelos doadores de sangue que apresentaram sorologia positiva para sífilis no ano de 2013, foram então orientados a dar continuidade ao tratamento na rede-sus do DF, na unidade mais próxima de sua residência. Em nenhum momento será feito

contato direto com esses doadores, utilizando-se apenas dados dos sistemas Sist-Hemo e Trakcare. Serão captados dados sociodemográficos, de atendimentos e resultados dos exames. Para análise dos dados utilizaremos planilhas no excel.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Identificar se o doador de sangue que apresenta resultados de exames positivos para sífilis, referenciado pela Fundação Hemocentro de Brasília para dar continuidade ao tratamento na rede-SUS, consegue efetivar este protocolo de atendimento a sua demanda de saúde.

Objetivo Secundário

- 1- Descrever o perfil epidemiológico dos doadores de sangue com sorologia positiva para sífilis;
- 2- Identificar o segmento da assistência aos doadores acometidos pela sífilis na rede-sus do DF;
- 3- Avaliar a efetivação do tratamento e acompanhamento dos doadores positivos para sífilis na rede-SUS do DF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

A presente pesquisa não acarretará qualquer tipo de risco aos participantes, os autores informam que cumprirão com todos os preceitos ético e legais de pesquisas envolvendo seres humanos presentes na resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Assumem o compromisso de manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa, acarretando nenhum risco aos participantes do estudo. Apenas o pesquisador terá acesso aos dados do sistema. Por tudo isso, os participantes solicitam dispensa da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes envolvidos na pesquisa uma vez que não ocorrerá contato direto com os sujeitos envolvidos, trabalhar-se-á apenas com dados secundários dos atendimentos realizados a eles constantes nos

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

Continuação do Parecer: 1.148.764

demanda de saúde. O estudo será descritivo a partir da análise de dados secundários existentes nos sistemas informatizados da Fundação Hemocentro de Brasília (Sist-hemo) e da Secretaria de Estado de Saúde (Trakcare). A amostra será composta pelos doadores de sangue que apresentaram sorologia positiva para sífilis no ano de 2013, foram então orientados a dar continuidade ao tratamento na rede-sus do DF, na unidade mais próxima de sua residência. Em nenhum momento será feito contato direto com esses doadores, utilizando-se apenas dados dos sistemas Sist-Hemo e Trakcare. Serão captados dados sociodemográficos, de atendimentos e resultados dos exames. Para análise dos dados utilizaremos planilhas no excel.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Identificar se o doador de sangue que apresenta resultados de exames positivos para sífilis, referenciado pela Fundação Hemocentro de Brasília para dar continuidade ao tratamento na rede-SUS, consegue efetivar este protocolo de atendimento a sua demanda de saúde.

Objetivo Secundário

- 1- Descrever o perfil epidemiológico dos doadores de sangue com sorologia positiva para sífilis;
- 2- Identificar o segmento da assistência aos doadores acometidos pela sífilis na rede-sus do DF;
- 3- Avaliar a efetivação do tratamento e acompanhamento dos doadores positivos para sífilis na rede-SUS do DF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

A presente pesquisa não acarretará qualquer tipo de risco aos participantes, os autores informam que cumprirão com todos os preceitos ético e legais de pesquisas envolvendo seres humanos presentes na resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Assumem o compromisso de manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa, acarretando nenhum risco aos participantes do estudo. Apenas o pesquisador terá acesso aos dados do sistema. Por tudo isso, os participantes solicitam dispensa da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes envolvidos na pesquisa uma vez que não ocorrerá contato direto com os sujeitos envolvidos, trabalhar-se-á apenas com dados secundários dos atendimentos realizados a eles constantes nos

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 1.148.764

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após pendências respondidas. O Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, decidiu aprovar o projeto de acordo com o parecer do (a) Relator (a).

BRASILIA, 14 de Julho de 2015

Assinado por:
Florêncio Figueiredo Cavalcanti Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** fmd@unb.br

10.2 – Artigo

O seguimento de doadores de sangue com sorologia positiva para sífilis no SUS do Distrito Federal

Luciana Farias de Miranda¹, Vitor Laerte Pinto Junior²

¹ Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Núcleo de Medicina Tropical, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

² Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Resumo:

Introdução: A Fundação Hemocentro de Brasília (FHB) depara-se diariamente com doadores de sangue positivos para sífilis. Procede com o referenciamento para tratamento no SUS. Objetivou-se identificar se, o doador de sangue diagnosticado com sífilis conseguiu efetivar o tratamento.